

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 16
17. April 2024



12 HSM-Spitzenwechsel

Martin Fey und Barbara
Tettenborn im Interview

18 **Alzheimer**
Biomarker versprechen
frühzeitige Diagnose

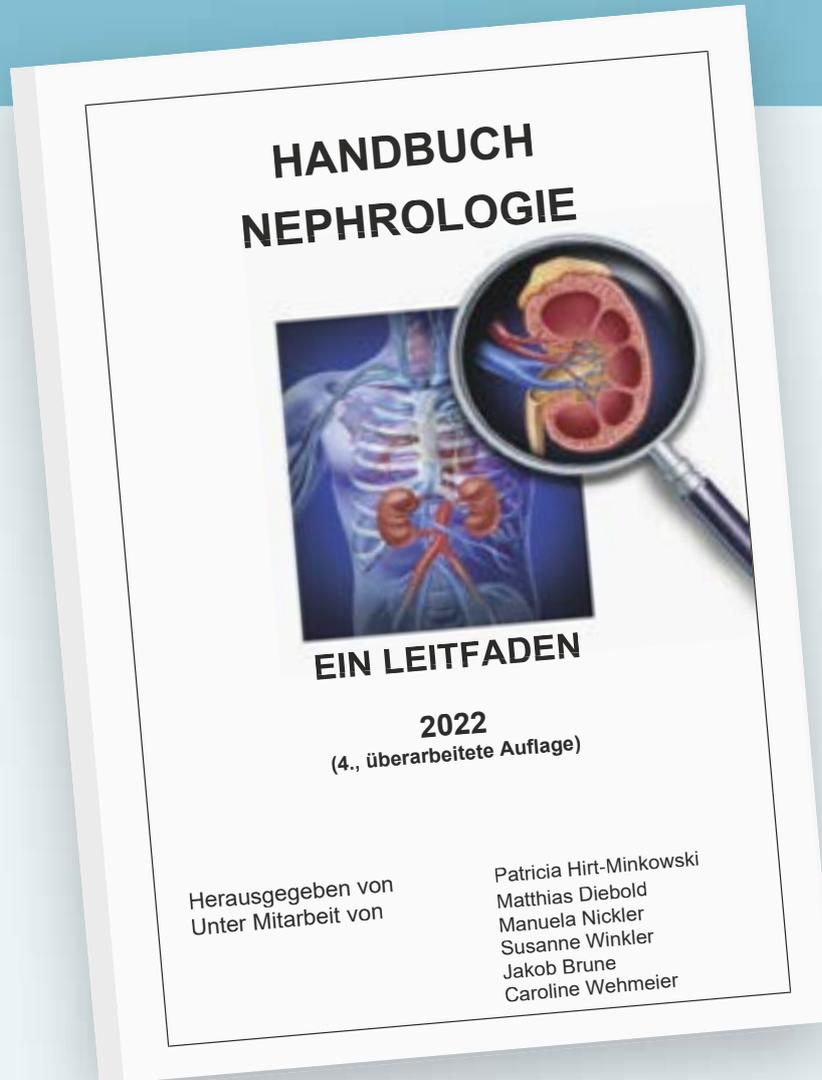
26 **Geschäftsbericht**
Die Meilensteine der
FMH im Jahr 2023

46 **Update Zervixkarzinom**
Positionspapier der Schweizerischen
Gesellschaft für Zytologie



BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag



Patricia Hirt-Minkowski (Hrsg.)

Handbuch Nephrologie – Ein Leitfaden

Die Betreuung von nierenkranken Patient:innen bedeutet im klinischen Alltag oft eine Herausforderung. Dies hat die Autorin angespornt ein Nephrologie-Handbuch zu schreiben, das sich an die im Spital tätigen Assistenzärzt:innen in der

internistischen Ausbildung richtet. Das Nephrologie-Handbuch bietet eine kompakte und praxisorientierte Hilfestellung bei der Behandlung von Patient:innen mit Nierenkrankheiten.



Dieses und weitere Bücher finden Sie hier:
shop.emh.ch/collections/all

Immer im Fokus: die verbesserte Patientenversorgung



Sandra Ziegler
PhD, MS,
Geschäftsführerin EMH
sandra.ziegler[at]emh.ch

Beim Fachorgan für hochspezialisierte Medizin in der Schweiz gibt es im April einen Wechsel im Präsidium. Martin Fey tritt nach zehn Jahren engagierter Tätigkeit für die interkantonale Planung von komplexen und teuren Therapien zurück und übergibt das Zepter an Barbara Tettenborn. Im Doppelinterview mit den beiden erfahren wir, was in den vergangenen Jahren erreicht wurde, wo nach wie vor Knacknüsse sind und worauf die neue Präsidentin den Fokus legen will. Das Präsidium des HSM-Fachorgans ist mitunter ein sehr politisches Amt, bei dem man auch Anfeindungen ausgesetzt ist. Tettenborn sagt aber richtigerweise: «Tatsächlich geht es stets um eine Verbesserung der Patientenversorgung. Wer keine Kenntnis der medizinischen Landschaft hat, kann nicht unterscheiden, wo er oder sie eine gute Behandlung erhält und wo nicht. Es ist unsere Aufgabe, die Qualität zu sichern.» Lesen Sie das Doppelinterview ab Seite 12.

Ein weiteres Spitalthema greift ein eingereichter Artikel in der Rubrik Organisationen auf. Darin geht es um ein Projekt des Universitätsspitals Basel, bei dem das Fachpersonal auf die Patientensicht sensibilisiert wurde. Bei der bestehenden Personalknappheit und dem Kostendruck wird die bestmögliche medizinische Betreuung zunehmend herausfordern. Angesichts dieser Entwicklungen nimmt die Bedeutung der Patientenzentrierung und somit eine medizinische

Versorgung, die speziell auf die persönlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt ist, zu. Sie hat nachweislich positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess sowie die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Lesen Sie mehr dazu ab Seite 40.

Bei der bestehenden Personalknappheit und dem Kostendruck wird die bestmögliche medizinische Betreuung zunehmend herausfordern.

Und damit Sie fachlich in den verschiedensten Bereichen ajour bleiben, haben wir Ihnen Fach-News in unterschiedlicher Tiefe aufbereitet. Im «Weekly Briefing» im Swiss Medical Forum finden Sie von Lars Huber und Martin Krause kuratierte medizinische News aus der ganzen Welt. Gleich dahinter das Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Zytologie zur Zervixkarzinomvorsorge. Ab Seite 18 beleuchtet Adrian Ritter die neusten Entwicklungen zum Thema Alzheimer und auf Seite 70 erläutert Johannes Kaesmacher vom Research Center am Inselspital im Interview die Ergebnisse seiner Studie zum Einsatz einer intravenösen Lyse-therapie bei einem Schlaganfall.

Anzeige



JOBS
Schweizerische Ärztezeitung

Jetzt
reinschauen!

Stellen ausschreiben, wo sie gefunden werden!

- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung
- Optimiert für alle Endgeräte

jobs.saez.ch





Hyperiplant® Rx

Johanniskraut Spezialextrakt WS® 5570

- Gleich wirksam wie ein SSRI bei mittelschwerer Depression^{1,2}
- 10x weniger Nebenwirkungen wie SSRIs*³
*Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Fluvoxamin
- Keine QT-Zeit Verlängerung⁴

Bei leichter bis
mittelschwerer Depression

Johanniskraut Spezialextrakt WS® 5570



Kassenzulässig, Liste B¹

1 x tägliche Einnahme
für hohe Compliance¹

Doppelquantifizierung¹
(Hyperforin und Hypericin)

Gekürzte Fachinformation Hyperiplant® Rx

Z: 1 FT enthält: 600 mg Johanniskraut Trockenextrakt (DEV 3-7:1) quantifiziert auf 0,6-1,8 mg Gesamthypericin und 18-36 mg Hyperforin. Auszugsmittel: Methanol 80% (V/V). **I:** Bei leichten bis mittelschweren vorübergehenden depressiven Störungen (leichte bis mittelschwere depressive Episoden); gedrückter Stimmung, Antriebsmangel, Stimmungsinstabilität, Unausgeglichenheit, nervöser Unruhe und Spannungszuständen und damit verbundenen Schlafstörungen. **D:** Erwachsene/Jugendliche ab 18 Jahren: einmal täglich morgens 1 Filmtablette. **KI:** Schwere Depression, Schwangerschaft und Stillzeit, bekannte Überempfindlichkeit oder Lichtüberempfindlichkeit, bei gleichzeitiger Einnahme von Immunsuppressiva, gewisse Anti-HIV-Arzneimittel und Zytostatika, orale Antikoagulantien vom Cumarin-Typ, Methadon, Antidepressiva, hormonale Kontrazeption, Digoxin. Patienten unter 18 Jahren. **IA:** Absolut: Immunsuppressiva, gewisse Anti-HIV Medikamente, Zytostatika, Irinotecan, Antikoagulantien vom Cumarin-Typ. Relativ: Digoxin, hormonale Kontrazeptiva, Methadon sowie Antidepressiva. **S/S:** Hyperiplant sollte während Schwangerschaft und Stillzeit nicht eingenommen werden. **UEW:** Gelegentlich gastrointestinale Beschwerden, Müdigkeit, Unruhe, allergische Hautreaktionen, sehr selten Photosensibilisierung möglich. **P:** 40 und 100 FT. **VK:** B, kassenzulässig. **ZI:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch 07/2019

Referenz: **1** www.swissmedicinfo.ch **2** Seifritz E. et al. Efficacy of Hypericum extract WS®5570 compared to paroxetine in patients with a moderate major depressive episode – a subgroup analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2016. **3** Kasper S. et al. Better tolerability of St. John's wort extract WS®5570 compared to treatment with SSRIs: a reanalysis of data from controlled clinical trials in acute major depressions. Int Clin Psychopharmacol. 2010 Jul;25(4):204-213. **4** Wenzel-Seifert et al. Psychopharmakaassoziierte QTc-Intervall-Verlängerung und Torsade de Pointes. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(41): 687-93.



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

Im Fokus



12

«Es findet keine Selbstregulierung statt»

Präsidiumswechsel Die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) ist komplex und umstritten. Das HSM-Fachorgan soll deshalb Klarheit schaffen. Martin Fey, der abtretende Präsident, und seine Nachfolgerin Barbara Tettenborn über Selektionskriterien, Datenregister – und über Spitäler, die sich um Zuteilungsentscheide fütieren.

Interview: Simon Koechlin

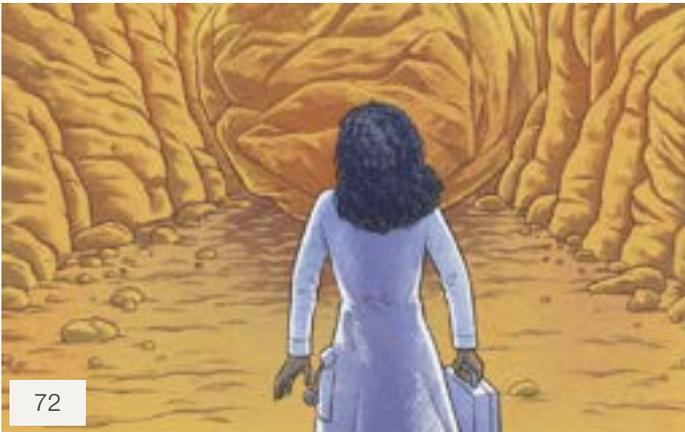


18

Ein simpler Test

Biomarker Neue Medikamente zur Behandlung von Alzheimer sind in Sichtweite. Umso wichtiger ist eine frühzeitige, präzise Diagnose. Biomarker im Blut werden das schon bald viel einfacher möglich machen.

Adrian Ritter



72

Jenseits der Patientenversorgung

Karriere Viele jüngere Medizinerinnen und Mediziner hadern mit ihrem Beruf. Welche Möglichkeiten hätten sie, ihr berufsspezifisches Wissen und Können anzuwenden? Wohin geht die Reise, wenn sie das Kerngebiet der Medizin, die Patientenversorgung, verlassen wollen?

Jürg Unger

© Nicolas Zonvi; Simon Kaduša / Dreamstime; Luca Bartulović

Anzeige



BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Anne-Christine Loschnigg-Barman, Judith Alder

Manchmal ist Mama müde



Dieses und weitere Bücher finden Sie hier:
shop.emh.ch/collections/all

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Sandra Ziegler Immer im Fokus: die verbesserte Patientenversorgung
8	REDAKTIONELLE INHALTE
8	News
8	Auf den Punkt «Kein Medikament kann Bewegung ersetzen»
12	Coverstory «Es findet keine Selbstregulierung statt»
18	Hintergrund Ein simpler Test
21	Forum Von Zecken, zwei Schweizern und drei Erregern
22	Mitteilungen
70	Wissen Beim Hirnschlag zählt jede Minute
72	Praxistipp Jenseits der Patientenversorgung
74	Zu guter Letzt von Sarah Bourdely Ansichtssache
23	FMH
24	Leitartikel des Zentralvorstandes Weniger Politik, mehr Transparenz und auf die Ärzte hören!
26	FMH Aktuell Publikation FMH-Geschäftsbericht 2023
30	SIWF Ein stürmisches Jahr mit ungebremst hohen Zahlen

34	FMH Aktuell Umfrage Planetary Health VSAO Schweiz
38	Personalien
40	ORGANISATIONEN
40	Universitätsspital Basel Erfolgsfaktoren für ein patientenzentriertes Spitalmanagement
43	SWISS MEDICAL FORUM
44	Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause
46	Aktuell Zervixkarzinomvorsorge: Was ist neu?
48	Was ist Ihre Diagnose? Weitreichende Folge eines Infekts in Panzytopenie
51	Der besondere Fall Candidämie unter SGLT2-Hemmern
54	Der besondere Fall Seltene Komplikation einer Agenesie der Vena cava superior
57	Forum In eigener Sache
58	SERVICES
58	Stellenmarkt
62	Seminare und Veranstaltungen
64	FMH Services

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung
Offizielles Organ der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 55, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Redaktion: Rahel Gutmann, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Anja Kemmer (Redaktionsassistentin), Dominique Fischer (Schwerpunktredaktion).
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.saez.ch

ISSN: **Printversion:** 0036-7486 / **elektronische Ausgabe:** 1424-4004. Erscheint jeden Mittwoch

© FMH Die Schweizerische Ärztezeitung ist eine Open-Access-Publikation. Auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» haben Nutzerinnen und Nutzer das Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

Das Swiss Medical Forum ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt.
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: www.manuscriptmanager.net/smf

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Bern (Chefredaktor); Prof. Dr. med. Martin Krause, Müllheim (Stellvertretender Chefredaktor); PD Dr. med. Carole Elodie Aubert, Bern; Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Basel; Prof. Dr. med. Idris Guessous, Genf; Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Zürich; Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Werltli, Baden.
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.medicalforum.ch

Redaktion im Verlag: Magdalena Mühlemann (Leiterin Redaktion), Dr. med. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (Managerin Medizinisches Lektorat), Dr. med. Susanne Redle (Managerin Peer-Review), Maria João Brooks (Redaktionsassistentin).

ISSN: **Printversion:** 1424-3784 / **elektronische Ausgabe:** 1424-4020. Erscheint jeden Mittwoch.

© EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2022. Das Swiss Medical Forum ist eine Open-Access-Publikation von EMH unter der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» die das zeitlich unbeschränkte Recht gewährt, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen unter den Bedingungen, dass der Name der Autorin/des Autors genannt wird, das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet wird und das Werk in keiner Weise bearbeitet oder in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz,
Tel. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen: Philipp Lutzer, Tel. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen: Inserateannahme, Tel. +41 61 467 85 71, stellenmarkt@emh.ch

Rubrik FMH Services: FMH Consulting Services, Stellenvermittlung, 6208 Oberkirch,
Tel. +41 41 244 60 60, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnemente FMH-Mitglieder: FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte,
Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15, Tel. +41 31 359 11 11, dlm@fmh.ch

Andere Abonnemente: EMH Kundenservice, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Hinweis: Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

Druck: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruk.ch

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: © Nicolas Zonvi

Tilur®

Das löwenstarke^{1,2} und **verträgliche**²⁻⁶ **NSAR**



Bei Arthrose⁴

Bei Lumbago⁸

Bei entzündlichen Zuständen
(Gelenke, Muskeln, Sehnen)⁹

nur
40%
renale
Elimination^{3,7}



Kassenzulässig

Tilur® | Tilur® retard: **Zus.:** 1 Kapsel Tilur® enthält 60 mg Acemetacin, 1 Kapsel Tilur® retard enthält 90 mg Acemetacin. **Dos.:** Übliche Dosierung bei Tilur®: 1–3 mal täglich 1 Kapsel Tilur®, 1–2 mal täglich 1 Kapsel Tilur® retard. **Indik.:** Chronische Polyarthrit, degenerative Gelenkerkrankungen, Bechterew-Erkrankung, Gicht, entzündliche Zustände der Gelenke, Muskeln und Sehnen, Sehnenscheidenentzündungen, Schleimbeutelentzündungen. Hexenschuss Kontr.: Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe, Anamnese von Bronchospasmus, 3. Trimenon der Schwangerschaft und Stillzeit, aktive Magen- und/oder Duodenalulzera, entzündliche Darmerkrankungen, schwere Leberfunktionsstörungen, schwere Niereninsuffizienz. **Warnh.:** Für alle NSAR: Mögliche gastrointestinale Ulzerationen, erhöhtes Risiko für thromboembolische oder kardiovaskuläre Komplikationen können nicht ausgeschlossen werden. Unter Langzeitanwendung von NSAR wurden Nierenschädigungen beobachtet. Bei Patienten mit fortgeschrittener Nierenerkrankung nicht empfohlen ohne Labor-Kontrolle. Tilur® kann die Serum-Kaliumspiegel erhöhen. Selten schwerwiegende Hautreaktionen. Kopfschmerzen und Schwindel können Lenken und das Bedienen von Apparaten und Fahrzeugen beeinträchtigen. Vorsicht bei Patienten mit psychischen Störungen, Epilepsie oder Parkinsonismus und bei Patienten mit Lebererkrankungen. Hemmung der Thrombozyten-Aggregation möglich. **Interak.:** Methotrexat, Schleifendiuretika. **Unerw. Wirk.:** Tinnitus, gastrointestinale Nebenwirkungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Leberfunktionsstörungen. **Schw./Stillz.:** Von einer Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit ist abzusehen. **Pack.:** Tilur® Kapsel 20* und 50*, *kassenzulässig, Tilur® retard Kapsel 20* und 50*, *kassenzulässig. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Drossapharm AG, Basel. Weitere Informationen unter www.swissmedinfo.ch. Stand: Januar 2023

Referenzen: **1** Jacobi H., Dell H.-D.: *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* (II), 1348-1362 (1980); **2** Pelster B (1993). Retardierte NSAR bei aktivierten Arthrosen. *Acemetacin und Diclofenac im Doppelblindvergleich.* *Z. Allg. Med* 69: 1033-1038. **3** Ribeiro H. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), pain and aging: Adjusting prescription to patient features. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 150 (2022) 112958 **4** Leeb BF et al. (2004). Behandlung der Gonarthrose. *Wirksamkeit und Verträglichkeit von retardiertem Acemetacin im Vergleich zu Celecoxib.* *Orthopäde* 33: 1032-1041. **5** Sedman E (1994): *Recent Research on Acemetacin in the UK.* *Topics in Arthritis and Rheumatism*, Raven Press New York. **6** Rechiogler H, 1985. In: Miehike K (Hrsg.), *Moderne Antirheumatika – ihre Stellung in einem Gesamtherapiekonzept unter Berücksichtigung der Multimorbidität.* pmi Verlag, Frankfurt, 48 – 57. **7** Rechiogler H. Nicht steroidale Antirheumatika. Kriterien für eine rationale Auswahl. *Fortschr. Med* 102, 497-502 (1984). **8** Laws D(1994). Double blind parallel group investigation in general practice of the efficacy and tolerability of Acemetacin in comparison with diclofenac in patients with acute low back pain. *Br J Clin Res* 5: 55-64. **9** Fachinformation Tilur®/retard, www.swissmedic.ch. Alle Referenzen können bei Drossapharm angefordert werden. *PG-Hemmung: Prostaglandinsynthese-Hemmung

DROSSA PHARM

03/2024



© Alexandre Bourguet

Das Freiburger Spital (HFR) bietet Patientinnen und Patienten ein Escape Game an, um ihre Genesung zu fördern.

Auf den Punkt

«Kein Medikament kann Bewegung ersetzen»

Escape Hospital Ein Aufenthalt im Krankenhaus und Bettlägerigkeit gehen oft Hand in Hand. Studien haben ergeben, dass die Immobilität nicht ohne Folgen für die gesundheitlichen Komplikationen im Krankenhaus ist. Um Patientinnen und Patienten in Schwung zu bringen, hat das Freiburger Spital (HFR) ungewöhnliche Aktivitäten eingeführt – beispielsweise ein Escape Game.

Lucas Vallois

Ein Escape Game soll Patientinnen und Patienten, insbesondere die über 65-Jährigen, dazu anregen, sich zu bewegen und dem Krankenhausalltag zu entfliehen. Dies ist eine der Massnahmen, die das Freiburger Spital (HFR) eingeführt hat, um gegen Immobilität und die Spital-Monotonie anzukämpfen. «Seit Herbst 2023 eilen hospitalisierte Personen mit ihren Infusionsständern im Freiburger Spital umher und sind in ihren Zimmern aktiv, um schneller zu genesen», sagt Aline Schuwey, Pflegedirektorin des HFR.

Nachdem die Patientinnen und Patienten sich freiwillig angemeldet haben und vom Physiotherapeutenteam körperlich und kognitiv fit gemacht wurden, erhalten sie von der Abteilung Innere Medizin und Chirurgie ein sogenanntes Reisetagebuch, um am «Escape Hospital» teilzunehmen.

Dieses umfasst elf Etappen, um «in wenigen Schritten um die Welt» zu reisen. Das Ausfüllen des Reisetagebuches, das Anziehen der Kleidung, die Mitnahme des Telefons, um Schnappschüsse von der Reise zu machen, und das Abholen des Flugtickets im Ergotherapieaum des Krankenhauses sind die ersten Schritte des Spiels. Danach folgen sieben Etappen, in denen die Patientinnen und Patienten Kreuzworträtsel, Bilderrätsel und Puzzles lösen müssen. Hinweise an den Wänden der Korridore, die über die neun Stockwerke des Spitals verteilt sind, führen die Teilnehmer durch das Labyrinth des HFR. Alle 30 Meter stehen Stühle bereit, in allen Korridoren wurden Handläufe installiert, um die Sicherheit zu gewährleisten. Jedes Rätsel bringt die Teilnehmenden dazu, sich zu bewegen. Wenn die Spieler das Spiel innerhalb der vorgegebenen 72 Stunden abgeschlossen ha-

ben, erhalten sie einen Stempel in ihr Reisetagebuch und eine Postkarte, die sie ihren Angehörigen schicken können.

Für weniger mobile Personen hat das Team um Projektleiter Olivier Rime und der Abteilung Physio- und Ergotherapie des HFR eine zweite Variante des Escape-Rooms kreiert, welche die Aktivitäten auf die Zimmer reduziert. Beide Escape-Room-Konzepte verfolgen das Ziel, durch Bewegung und soziale Kontakte frühzeitig auf die Genesung der Patienten einzuwirken, sagt Olivier Rime.

Erfahrungswerte und Habitus

«Meines Wissens gibt es keine Pille, die körperliche Aktivität ersetzen kann», sagt der Projektleiter. Er fügt hinzu, dass «die empirischen Daten die Vorteile körperlicher Aktivität belegen». Allerdings würden innerhalb von 24 Stunden die mobileren Patienten 91% der Zeit inaktiv bleiben. Personen, die auf Hilfsmittel wie ein Infusionsständer oder eine Sonde angewiesen sind, verbringen 99,8% der Zeit liegend oder sitzend [1]. Die psychologische Wirkung der Krankenhausumgebung, «das Bett, der Stuhl, der Fernseher und der Krankenhauskittel führen dazu, dass man diesen Habitus annimmt», sagt die Pflegedirektorin. Die möglichen Folgen sind eine tägliche Abnahme der Muskelkraft, der posturalen Kontrolle, des Plasmavolumens und des intramuskulären Blutflusses um 1–5% sowie ein erhöhtes Risiko für Infektionen und Druckgeschwüre [2]. Um diese Komplikationen zu mildern, sollten Patientinnen und Patienten mindestens 900 Schritte pro Tag machen, zumal sie am ersten Tag nach ihrer Entlassung doppelt so viele Schritte machen würden [3]. «Ihr Potenzial wird also nicht voll ausgeschöpft», sagt Olivier Rime.

Im Jahr 2018 hatte der National Health Service des Vereinigten Königreichs eine ähnliche Kampagne mit dem Titel «Pyjama Paralysis» lanciert. Diese Massnahme soll die Zahl der Stürze um 27%, die Zahl der Druckgeschwüre um 67% und die Aufenthaltsdauer um 1,8 Tage reduziert haben. Wie steht es nach neun Monaten Kampagne um das Projekt des HFR?

Erste Auswirkungen und Stolpersteine

«Obwohl die ersten Auswirkungen des Escape Games emotional sofort sichtbar sind, fehlen noch konkrete Daten wie bei der englischen Kampagne», berichtet Aline Schuwey. Interne Studien, um genaue Daten zu sammeln, werden in Kürze durchgeführt, sagt sie. Olivier Rime bestätigt: «Seit Einführung der Mobilitätsmassnahmen vor zwei Jahren sehen wir, wie sich die Patienten verändern. Andere Massnahmen, die die Patientenschaft motivieren soll, wie der Austausch von Krankenhaus-Kitteln gegen ihre persönliche Alltagsbekleidung, Flashmobs mit Musik und Fitnesskurse am Nachmittag, seien auf das gesamte Spital ausgeweitet worden, so der Initiator des Projekts.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Persönlich

Neuer Chefarzt für Orthopädie und Traumatologie in Basel



Prof. Dr. med.
Marc Andreas
Müller

USB Prof. Dr. med. Marc Andreas Müller wird Klinischer Professor für Orthopädie/Traumatologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. Die Anstellung erfolgt per 1. April und ist mit der Ernennung zum Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Universitätsspital Basel (USB) verbunden. Andreas Müller ist seit 2020 Titularprofessor für Orthopädie und Traumatologie an der Universität Basel, wie es in einer Mitteilung heisst. Seit 2022 leitet er als Chefarzt ad interim die Klinik für Orthopädie und Traumatologie am USB. Er studierte Humanmedizin an der Universität Basel, wo er im Jahr 2005 promoviert wurde und sich im Jahr 2014 habilitierte. Stationen seiner klinischen Ausbildung waren das Stadtspital Triemli in Zürich und das USB, zudem führten ihn Forschungsaufenthalte an das AO Research Institute in Davos und an das Beth Israel Deaconess Medical Center der Harvard Medical School in Boston (USA). Der Fokus seiner Forschung liegt auf dem Gebiet der funktionellen Biomechanik. Klinisch ist Müller auf Schulter- und Ellbogenchirurgie spezialisiert und leitet seit vielen Jahren das entsprechende Team am USB.

Beförderung an der Klinik Chirurgie und Viszeralchirurgie



Dr. med. Andres
Heigl

KSBL Dr. med. Andres Heigl wird stellvertretender Chefarzt der Klinik Chirurgie und Viszeralchirurgie am Kantonsspital Baselland (KSBL). Er ist dort seit 14 Jahren tätig, zuerst in der Funktion als Oberarzt und seit acht Jahren als Leitender Arzt. Das Studium in Humanmedizin hat Andres Heigl an der Universität Zürich durchlaufen und 2001 mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Seine Weiterbildungsjahre führten ihn als Assistenz- und Oberarzt an mehrere Spitäler in der Deutschschweiz. Heigl fokussierte sich auf die Weiterbildung in der Chirurgie und erwarb 2008 den Facharztstitel. Dem folgte 2015 die weitere Spezialisierung mit dem Schwerpunkt Viszeralchirurgie, insbesondere in der Tumorchirurgie. Seine Schwerpunkte liegen in der Leber- und Pankreaschirurgie sowie Kolo-proktologie. Neben der fachlichen Weiterentwicklung interessiert sich Andres Heigl besonders auch für die Managementprozesse des Spitals, was ihn dazu führte, nach der medizinischen Aus- und Weiterbildung noch einen eMBA in Medical Management zu absolvieren. Diesen schloss er 2022 ab.

Aus der Wissenschaft

Infektion bleibt trotz Medikation bestehen

Mukoviszidose Die Dreifachtherapie bei Mukoviszidose, die in der Schweiz seit 2020 verfügbar ist, verhindert nicht, dass sich auf der Oberfläche der Atemwege Ankerpunkte bilden, an denen Bakterien andocken, um den Körper zu infizieren. Zu diesem Ergebnis kommen Forschende der Universität Genf (UNIGE) in ihrer Studie an 3D-Modellen von Zellen aus der menschlichen Lunge. «Viele Menschen, die unter dieser Behandlung stehen, leiden immer noch an Entzündungen und Infektionen der Atemwege. Die Gründe dafür zu verstehen ist entscheidend, um die Behandlung der Betroffenen zu verbessern», sagt Studienleiter Marc Chanson, Professor an der Abteilung für Zellphysiologie und Stoffwechsel der Medizinischen Fakultät der UNIGE und Mitglied des Genfer Zentrums für Entzündungsforschung. Mukoviszidose ist eine genetische Erkrankung, die zu schweren, manchmal tödlichen Funktionsstörungen der Atemwege und des Verdauungssystems führt.

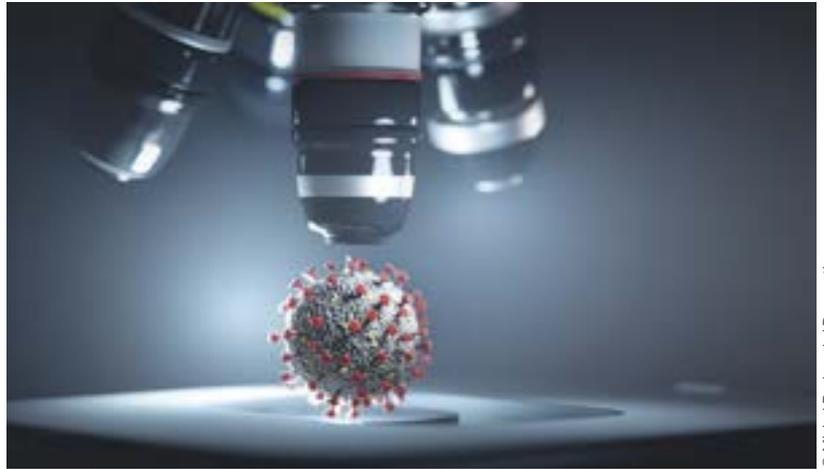
doi.org/10.1165/rcmb.2023-0408OC

Therapiehelm soll bei Alzheimer helfen

Elektrostimulation Ein personalisierter Therapiehelm soll künftig den Verlauf von Krankheiten wie Alzheimer und Parkinson positiv beeinflussen. Entwickelt wird das Gerät vom Basler Spin-off-Unternehmen Bottneuro, wie die Universität Basel mitteilt. Die Technologie basiere auf der Annahme, dass degenerative Hirnerkrankungen mit der elektrischen Reizung bestimmter Hirnareale möglicherweise therapiert werden können. Aufgrund unterschiedlicher Kopfformen und Gehirngrößen sei die gezielte Stimulation von Hirnarealen durch die Schädeldecke jedoch ein schwieriges Unterfangen. «Bisher mussten Patientinnen für Therapien mit ähnlichen Systemen in die Klinik gehen», sagt Dr. Bekim Osman, Mitgründer und CEO von Bottneuro. Laut Prof. Raphael Guzman, Chefarzt Neurochirurgie am Universitätsspital Basel, haben mobile Stimulationsgeräte Potenzial für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Der Weg zu einem Wirksamkeitsnachweis sei aber noch weit: «Dazu braucht es randomisierte klinische Studien bei betroffenen Patienten.»

Vermischtes

CoronaVirus Network der WHO



© Michal Bednarek / Dreamstime

Die UNIGE, das HUG und das IVI sind neu Teil des Forschungsnetzwerks CoViNet.

Internationales Netzwerk CoViNet – für CoronaVirus Network – ist ein internationales Forschungsnetzwerk, das auf die frühzeitige Erkennung, Analyse und Überwachung von Coronaviren in der ganzen Welt abzielt. Anfang 2024 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufen und bereits in zwanzig Ländern eingesetzt, beherbergt es nun das Zentrum für neu auftretende Viruserkrankungen der Universität Genf (UNIGE) und des Universitätsspitals Genf (HUG) sowie das Eidgenössische Institut für Virologie und Immunologie (IVI), das mit der Vetsuisse-Fakultät der Universität Bern (UNIBE) zusammenarbeitet.

Das Zentrum der UNIGE und des HUG wird an neu auftretenden Viren beim Menschen arbeiten. «Wir wollen die Evolution des Virus besser verstehen. Seit 2021 koordinieren wir die nationale Überwachung von SARS-CoV-2 in der

gesamten Schweiz. Unsere Forschung zielt darauf ab, zu verstehen, ob und warum neue Varianten des Virus den Antikörpern der Impfstoffe oder der Infektion entgehen und ob Diagnostiktests immer noch zuverlässige Ergebnisse liefern», sagt Isabella Eckerle, Co-Direktorin des Genfer Zentrums.

Das Team des IVI wird sich in Zusammenarbeit mit der Vetsuisse-Fakultät und dem multidisziplinären Zentrum für Infektionskrankheiten der UNIBE (MCID) auf das Auftreten dieser Viren bei Menschen und Tieren konzentrieren.

Zitat der Woche

«Man hört oft, die Schweiz habe ein sehr gutes Gesundheitswesen. Diese Aussage beruht mehrheitlich auf reiner Selbstdeklaration.»

Prof. em. Dr. med. Martin Fey

Der abtretende Präsident des HSM-Fachorgans im Doppelinterview ab Seite 12.



© Nicolas Zorivi

Kopf der Woche

Sie wird Aargauer Kantonsärztin



Dr. med. Claudine Mathieu Thiébaud

Public Health Eine lange Suche geht zu Ende: Am 1. August wird Dr. med. Claudine Mathieu Thiébaud die Stelle als Kantonsärztin und die Leitung der Sektion Medizinische Dienste in der Abteilung Gesundheit im Kanton Aargau antreten. Der Posten ist seit 2022 vakant und wurde interimistisch von Dr. med. Jakob Walbert geführt. «Es reizt mich, als Kantonsärztin an der Schnittstelle von Medizin, öffentlicher Gesundheit und Gesundheitspolitik tätig zu sein», sagt Claudine Mathieu Thiébaud.

Die 56-Jährige studierte an den Universitäten Freiburg und Lausanne Medizin. An Letzterer erfolgte 2001 die Dissertation. Sie besitzt zwei Facharzttitel in Innerer Medizin und Nephrologie. Neben ihrer medizinischen Ausbildung verfügt sie über einen Master of Business Administration mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie der Universität Genf. Aktuell absolviert sie eine Zusatzausbildung in Public Health am King's College London.

Claudine Mathieu Thiébaud war unter anderem bei Unisanté, am Universitätsspital Lausanne, in der Hirslanden-Gruppe und in den Pariser Universitätsspitalern tätig. Führungserfahrung sammelte sie als Direktorin für Aussenbeziehungen und Mitglied der Generaldirektion des Universitätsspitals

Genf sowie von 2018 bis 2020 als Direktionsmitglied der internationalen Privatlinikgruppe «European Medical Centers». Seit 2021 ist sie Chefin des Amts für Gesundheit (GesA) im Kanton Freiburg. «Nach über drei Jahren an der Spitze des GesA mit sehr weitläufigen Themen möchte ich mich in Zukunft vermehrt auf medizin-spezifische Aufgaben konzentrieren», sagt die Medizinerin.

So stünden im Kanton Aargau in den nächsten Jahren wichtige strategische Projekte an, zusammengefasst in einer gesundheitspolitischen Gesamtplanung, etwa im Bereich der integrierten und koordinierten Versorgung, der Verstärkung der Gesundheitsförderung und Prävention und der Spitalversorgung. «Ganz konkret soll in den nächsten Monaten der ärztliche Notfalldienst neu organisiert werden, die Förderung der Dichte an Hausärzten soll weiter verbessert werden und das Mamma-Screening-Programm soll ab 2025 eingeführt werden.» Vielfältige Herausforderungen, denen sich die bilingue Internistin gerne stellt: «Ich freue mich auf die spannende Aufgabe in einem grossen, dynamischen Kanton.»

Aufgefallen



© Peter Holstetter / Dreamstime

Reis 2.0 Forschende der Universität Genf, der ETH Zürich und der National Chung Hsing University in Taiwan haben eine Reissorte mit erhöhtem Vitamin-B1-Gehalt entwickelt. Eine Unterversorgung mit diesem Mikronährstoff kommt in Bevölkerungsgruppen, die sich hauptsächlich von Reis ernähren, häufig vor und führt zu Erkrankungen des Nerven- und Herz-Kreislauf-Systems. doi.org/10.1111/pbi.14348



**Aktuelle News aus Medizin und Wissenschaft
Jetzt QR-Code scannen und entdecken!**

«Es findet keine Selbstregulierung statt»

Präsidiumswechsel Die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) ist komplex und umstritten. Das HSM-Fachorgan soll deshalb Klarheit schaffen und Empfehlungen erarbeiten. Keine einfache Aufgabe. Martin Fey, der abtretende Präsident, und seine Nachfolgerin Barbara Tettenborn über Selektionskriterien, Datenregister – und über Spitäler, die sich um Zuteilungsentscheide foutieren.

Interview: Simon Koechlin

Martin Fey, Sie waren zehn Jahre lang Mitglied des HSM-Fachorgans, davon sieben Jahre als Präsident. Nun geben Sie das Amt ab. Weshalb ist jetzt der richtige Zeitpunkt?

Martin Fey: Ich habe meinen Rücktritt schon vor mehr als einem Jahr angekündigt. Man sollte kein Sesselkleber sein bei derartigen Positionen.

Barbara Tettenborn, Sie sind seit 2015 Fachorgan-Mitglied. Weshalb ist für Sie jetzt der richtige Zeitpunkt, das Präsidium zu übernehmen?

Barbara Tettenborn: Ich bin gut eingearbeitet und habe mich an die politisch geprägte Planung der HSM gewöhnt. Zudem bin ich hoch motiviert und kann mir jetzt die Zeit für dieses wichtige Amt nehmen.



«Wir regulieren bloss ein bis zwei Prozent der Interventionstypen, die in einer Fachklinik, durchgeführt werden.»

Prof. em. Dr. med. Martin Fey
Abtretender Präsident HSM-Fachorgan

Die interkantonale HSM-Planung sieht vor, seltene, komplexe und teure Therapien und Interventionen nur von wenigen Kompetenzzentren in der Schweiz durchführen zu lassen. Braucht es solche staatlichen Eingriffe?

Barbara Tettenborn: Der Vorwurf, die HSM-Zuteilung sei rein politische Handhabe, kommt immer wieder. Tatsächlich geht es stets um eine Verbesserung der Patientenversorgung. Wer keine Kenntnis der medizinischen Landschaft hat, kann nicht unterscheiden, wo er oder sie eine gute Behandlung erhält und wo nicht. Es ist unsere Aufgabe, die Qualität zu sichern.

Martin Fey: Ein Beispiel: Wir haben die sehr komplexe Behandlung von Zervix-, Vulva- und Vaginakarzinomen der HSM zugeordnet. Sie wurde schweizweit an 77 Spitälern durchgeführt, in einem Drittel aber nur zwei Mal pro Jahr. Das kann man einfach nicht vertreten.

Weil die Behandlungsqualität in Spitälern mit weniger Fällen tiefer ist?

Martin Fey: Ja. In praktisch allen Gebieten gibt es sehr gute Studien, wonach Fallzahlen und Qualität eng korrelieren. Wir müssen eine Regulierung vornehmen, weil keine Selbstregulierung stattfindet. Eine Chirurgin oder ein Chirurg

Hochspezialisierte Medizin in der Schweiz

Im Jahr 2008 haben die Kantone die Interessenvereinbarung zur hochspezialisierten Medizin unterzeichnet. Sie verpflichten sich, zur Qualitätsverbesserung komplexe Eingriffe bei seltenen Erkrankungen nur wenigen Kompetenzzentren zuzuteilen. Welche Bereiche der hochspezialisierten Medizin (HSM) zugeordnet werden und welche Spitäler zum Zug kommen, entscheidet das HSM-Beschlussorgan, dem die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren von zehn Kantonen angehören. Unterstützt wird es vom HSM-Fachorgan, einem 15-köpfigen Expertengremium aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachbereiche. Das Fachorgan erarbeitet Vorschläge, legt die Voraussetzungen für die Leistungserbringung fest und macht Empfehlungen für die Zuteilung. Momentan sind 14 Bereiche der HSM zugeordnet, von Organtransplantationen und Cochlea-Implantaten über schwere Verbrennungen bis zur hochspezialisierten Pädiatrie und Kinderchirurgie.

Prof. em. Dr. med. Martin Fey ist Facharzt für Innere Medizin und medizinische Onkologie und leitete fast 25 Jahre lang die Universitätsklinik für medizinische Onkologie am Inselspital in Bern. Er präsierte das HSM-Fachorgan seit März 2017.

Prof. Dr. med. Barbara Tettenborn ist Fachärztin für Neurologie und Chefärztin des Zentrums für neurologische Präventivmedizin und Sportneurologie der Bellevue Medical Group in Zürich. Zuvor war sie 24 Jahre lang Chefärztin der Klinik für Neurologie mit klinischer Neurophysiologie und Schlafmedizin am Kantonsspital Sankt Gallen. Sie übernimmt das Präsidium des HSM-Fachorgans per 19. April 2024.



könnte ja sagen: Vielleicht ist es nicht so klug, dass ich zwei Pankreatektomien pro Jahr mache. Aber solche Selbstkritik ist leider nicht immer vorhanden.

Woran liegt das?

Barbara Tettenborn: Oft geht es ums Renommee. Man will nicht nur die einfachen Eingriffe durchführen.



«Tatsächlich geht es bei der HSM-Zuteilung stets um eine Verbesserung der Patientenversorgung.»

Prof. Dr. med. Barbara Tettenborn
Neue Präsidentin HSM-Fachorgan

Wie entscheidet sich, ob eine Intervention der HSM zugeordnet wird?

Barbara Tettenborn: Der wichtigste Punkt ist: Es muss ein seltener Bereich sein. Zudem muss es sich um ein anspruchsvolles, komplexes Behandlungsverfahren mit hohem Innovationspotential, hohem personellen oder technischen Aufwand und hochgradiger Interaktion verschiedener Spezialisten handeln.

Wie läuft die Zuteilung an spezialisierte Zentren ab?

Martin Fey: Das Verfahren ist zweistufig. Zuerst wird nach den vorher genannten Kriterien entschieden, ob ein Bereich

der HSM zugeordnet wird. Dann legt das Fachorgan die Selektionskriterien fest, mit denen der Bereich ausgeschrieben wird. Ein Spital muss genügend Fallzahlen vorweisen können; es muss über die geeignete Infrastruktur verfügen und Anforderungen als Weiterbildungsstätte und in klinischer Forschung erfüllen.

Und Sie legen fest, wie viele Zentren es braucht?

Martin Fey: Ja. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, keine Unterkapazitäten vorzusehen, aber auch keine Überkapazität. Wir arbeiten mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium zusammen. Es erstellt demografische Analysen und simuliert, wie häufig welche Eingriffe in den nächsten Jahren sein dürften.

Barbara Tettenborn: Bei einem Wahleingriff wie einer tiefen Rektumresektion ist es zumutbar, dass eine Patientin oder ein Patient geplant aus dem Puschlav nach Zürich reisen muss. Aber bei Notfallindikationen muss die Leistungszuteilung so geschehen, dass man innert nützlicher Frist ein Zentrum erreicht. Es braucht in jeder Region ein Schlaganfall- oder Traumazentrum.

In welchen HSM-Bereichen haben Sie, Herr Fey, als Präsident Akzente gesetzt?

Martin Fey: Wir haben Themen wie Pädiatrie, Neurochirurgie und teilweise auch die Viszeralchirurgie aus der Schublade geholt. Wir haben neue Themen aufgegriffen wie die gynäkologische Onkologie und Urologie. Daneben gibt es die Dauerläufer, die von Anfang an dabei waren: Schwere



«Wir haben eine Arbeitsgruppe gegründet, die an Re-Entry-Kriterien arbeiten wird», berichtet Barbara Tettenborn.



© Nicolas Zorivi

Nach zehn Jahren beim HSM ist Schluss: Martin Fey tritt zurück, Barbara Tettenborn übernimmt.

Verbrennungen, Transplantationen oder die zwölf Traumazentren. Vor allem haben wir daraufhin gearbeitet, dass zwischen den jeweils sechs Jahre laufenden Zuteilungsphasen keine Lücken mehr entstehen.



«Man hört oft, die Schweiz habe ein sehr gutes Gesundheitswesen. Diese Aussage beruht mehrheitlich auf reiner Selbstdeklaration.»

Prof. em. Dr. med. Martin Fey
Abtretender Präsident HSM-Fachorgan

Sie leiten das HSM-Fachorgan. Entschieden wird aber im Beschlussorgan, das aus Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren besteht. Wie stark politisch geprägt sind die Beschlüsse?

Martin Fey: Erfreulich wenig. Ich muss dem Beschlussorgan ein Kränzchen winden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle entscheidet das Beschlussorgan sehr faktenorientiert. Nicht zufrieden war ich bei den schweren Rückenmarkstumoren. Das sind vielleicht 20 Fälle pro Jahr. Wir hatten zwei Zentren vorgeschlagen, beide in der Deutschschweiz. Das Beschlussorgan fand, man müsse auf die Westschweiz Rücksicht nehmen. Dann kam auch die Zentralschweiz – und so weiter. Jetzt haben wir fünf Zentren. Das finde ich nicht glaubwürdig.

Gerade kleinere Spitäler fürchten wegen der HSM um ihre Perspektiven.

Martin Fey: Es ist noch keine Klinik bankrottgegangen wegen fehlender HSM-Fälle. Wir regulieren bloss ein bis zwei Prozent der Interventionstypen, die in einer Fachklinik, beispielsweise in einer Viszeralchirurgie oder in einer Klinik für Gynäkologie, durchgeführt werden. Aber klar: Die grossen Spitäler kriegen immer mehr HSM-Fälle. Konsequenterweise sollten sie dafür Blinddärme, Gallenblasen und solche Sachen abgeben. Man muss wegen einer Leistenhernie nicht ins Inselspital.

Wer keinen Leistungsauftrag erhält, darf einen Eingriff nicht mehr vornehmen. Ohne Fallzahlen aber gibt es kaum Chancen auf einen neuen Leistungsauftrag. Ist das gerecht?

Martin Fey: Meine Ansicht als abtretender Präsident ist strikt. Nach Gesetz müssen wir eine bedarfsgerechte Planung der Spitalkapazitäten vornehmen. Wenn es keine Engpässe oder übertriebene Wartezeiten gibt, besteht bei bedarfsgerechter Planung der HSM-Zuteilungen kein Bedarf für zusätzliche Spitäler.

Aber der Pool an möglichen Spitälern bleibt eingeschränkt.

Martin Fey: Das stimmt. Für ganz schwere Verbrennungen gibt es zwei Zentren, Zürich und Lausanne. Wenn eines aussteigt, haben wir ein Problem.

Barbara Tettenborn: Das Fachorgan will nun Spielregeln aufstellen für solche Themen. Wir haben, auch um die politische Landschaft etwas zu beruhigen, eine Arbeitsgruppe gegründet, die an Re-Entry-Kriterien arbeiten wird. Also wie sich ein Spital wieder bewerben kann, das die Zuteilung verloren hat. Auch Neubewerbungen müssen möglich sein.

Welche Neuerungen stehen noch an?

Barbara Tettenborn: Geplant ist, die Gefässchirurgie neu der HSM zuzuordnen. Daneben sind wir mit Zuteilungen und Wiedertzuteilungen ausgelastet. Und wir beginnen mit Controlling. Wir wollen wissen, ob sich die Spitäler an die Auflagen halten oder ob sie unbeirrt weitermachen wie vorher, obwohl sie keine Zuteilung erhalten haben.



«Ich stehe voll und ganz hinter dem, was ich tue, und bin überzeugt, dass das HSM-Konzept wichtig ist für das Gesundheitssystem.»

Prof. Dr. med. Barbara Tettenborn
Neue Präsidentin HSM-Fachorgan

Solche Fälle gibt es?

Martin Fey: Oh ja, leider.

Und was tun Sie?

Martin Fey: Wir fordern das Spital zu einer Stellungnahme auf – und melden es der jeweiligen Gesundheitsdirektion. Diese verweigert die Auszahlung des Kantonsanteils, das Spital kriegt 50 Prozent der Rechnung nicht bezahlt.

Wie prüfen Sie die Behandlungsqualität an zugelassenen HSM-Kliniken?

Martin Fey: Wir verlangen das Führen eines HSM-Registers und legen minimale Qualitätsrichtlinien fest.

Barbara Tettenborn: In den Schlaganfall-Zentren wird zum Beispiel die sogenannte Door-to-Needle-Time erhoben. Wie viele Minuten dauert es vom Eintritt in die Notaufnahme bis zur Bildgebung und zum Beginn der Therapie?

Was sehen Sie dabei?

Martin Fey: Die Unterschiede zwischen den Spitälern sind erheblich. Manche haben eine doppelt so lange Door-to-Needle-Time, wie man sie erwarten dürfte. Dort verlangen wir Verbesserungen. Dieser Mechanismus spielt ausserhalb der HSM praktisch nicht. Man hört oft, die Schweiz habe ein sehr gutes Gesundheitswesen. Aber diese Aussage beruht mehrheitlich auf reiner Selbstdeklaration. Es gibt in der Schweiz keine flächendeckenden, prospektiven und validierten Register, die klinische Qualität pro Spital und Eingriff über die Jahre belegen. Wenn man die Daten in den HSM-Registern anschaut, bekommt man ein differenziertes Bild von dieser Selbstdeklaration: Manche sagen, sie seien sehr gut – und sind es auch. Andere nicht.

Zeigen die Register, dass sich die HSM bewährt?

Martin Fey: Ich bin felsenfest überzeugt, dass eine Zentralisierung bestimmter medizinischer Leistungen nötig ist in

der Schweiz. Aber die meisten unserer HSM-Register sind noch zu jung und zu wenig validiert, um eine Qualitätssteigerung nachzuweisen. Sagen können wir es bei der Organtransplantation, die hervorragende Zahlen aufweist.

Barbara Tettenborn: Dank der Register kann das Fachorgan die Qualität prüfen und hochhalten. In Ländern wie Norwegen, Dänemark oder Niederlande ist die Zentralisierung viel stärker und hat sich bewährt.

Wie wird sich die HSM längerfristig entwickeln?

Barbara Tettenborn: Das ist schwierig vorherzusagen. Vielleicht verschieben sich Bedarfszahlen. Vielleicht entstehen zusätzliche Bereiche durch neue, Roboter- oder KI-gestützte Operationen. Vielleicht verschwinden Bereiche, weil manche Eingriffe in Zukunft nicht mehr stationär durchgeführt werden. Die HSM regelt ausschliesslich den stationären Bereich. *Martin Fey:* Wir hatten bei der Urologie erwogen, die Teilnephrektomie der HSM zu unterstellen. Eine solche Teilentfernung eines Nierentumors ist technisch viel schwieriger als die Entfernung der gesamten Niere. Aber die Patientin oder der Patient behält eine bessere Nierenfunktion. Namhafte Urologen sagten mir: Macht das bitte nicht, das führt dazu, dass kleinere Spitäler einfach die ganze Niere wegnehmen, anstatt die Patienten einem HSM-Zentrum zuzuweisen.

Was für den Patient oder die Patientin die schlechtere Variante wäre.

Martin Fey: Genau.

Es gibt politische Bestrebungen, die HSM einzuschränken. Was würde das bedeuten?

Martin Fey: In vielen Gebieten herrscht Wildwuchs. Wenn wir Interventionen aus der HSM streichen müssten, dann würden diese Eingriffe wieder überall gemacht. Das wäre ein Rückschritt.

Martin Fey, Sie sind für Ihre Arbeit zum Teil auch persönlich angegriffen und angefeindet worden. Braucht man eine dicke Haut für die Arbeit im HSM-Fachorgan?

Martin Fey: Durchaus. Die Arbeit mit Politikern und mit dem Beschlussorgan war immer sehr angenehm. Aber manche Angriffe von Chirurgen fand ich daneben. Sie haben mich zum Teil schon etwas beschäftigt.

Machen Sie sich diesbezüglich Sorgen, Frau Tettenborn?

Barbara Tettenborn: Nein, auch wenn es Anfeindungen geben wird. Ich stehe voll und ganz hinter dem, was ich tue, und bin überzeugt, dass das HSM-Konzept wichtig ist für das Gesundheitssystem. Und wenn ich mich über etwas richtig ärgere, gehe ich eine Stunde schwimmen oder laufen. Danach sieht die Welt schon wieder ganz anders aus.

Dymista®

**Das Original mit weiterhin 10%
Selbstbehalt für Ihre Patient:innen***



- **Dymista®**: Therapie der Wahl nach aktueller ARIA-Guideline!¹
- **Dymista®**: doppelt so effektiv bei der Linderung einer verstopften Nase als Monotherapien mit Fluticason-propionat oder Azelastinhydrochlorid²
- **Dymista®**: erste Wirkung bereits nach 5 Minuten³

Referenzen: **1.** Bousquet J, et al. Next-generation ARIA guidelines for allergic rhinitis based on GRADE and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol* 2020;145(1):70–80. **2.** Meltzer E, et al. Clinically relevant effect of a new intranasal therapy (MP29-02) in allergic rhinitis assessed by responder analysis, post hoc analysis of phase III, multicenter, randomized, double blind, parallel group trial (NCT00660517). *Int Arch Allergy Immunol* 2013;161(4):369–77 (Suppl. online). **3.** Bousquet J, et al. Onset of Action of the Fixed Combination Intranasal Azelastine-Fluticasone Propionate in an Allergen Exposure Chamber. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(5):1726–1732. **4.** Fachinformation Dymista: www.swissmedicinfo.ch * www.spezialitätenliste.ch, Zugriff 29.2.24

Die genannten Referenzen können beim Unternehmen angefordert werden.

Kurzfassung Fachinformation Dymista® Nasenspray, Suspension. Z: Azelastinhydrochlorid, Fluticasonpropionat. **IA:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: Saisonale allergische Rhinitis und Rhinokonjunktivitis sowie mittelschwere bis schwere perenniale allergische Rhinitis und Rhinokonjunktivitis. Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren: Saisonale allergische Rhinitis und Rhinokonjunktivitis. **DA:** Ab 6 Jahren: 1 Sprühstoss (0,14 mg Azelastinhydrochlorid/0,05 mg Fluticasonpropionat) pro Nasenloch 2x täglich. Anwendungsdauer bei der akuten allergischen Rhinitis und Rhinokonjunktivitis: 2 Wochen; Anwendungsdauer bei der perennialen chronischen allergischen Rhinitis und Rhinokonjunktivitis: 4–8 Wochen. **KI:** Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe. **WV:** Nasale Corticosteroide in hohen Dosen über einen längeren Zeitraum verwendet, können zu einer klinisch signifikanten Nebennierensuppression, Cushing-Syndrom, Wachstumsverzögerung, Katarakt oder einem Glaukom führen. Bei Hinweisen auf eine Nebennierensuppression sollte eine systemische Kortikosteroidgabe in Stresssituationen/Operationen erwogen werden. Veränderungen des Sehvermögens, erhöhter Augendruck. Schwere Lebererkrankungen. Tuberkulose, unbehandelte Infektionen. Schwangerschaft. Stillzeit. **IA:** Hochpotente Inhibitoren des Cytochrom-P450 3A4-Systems. Kombination mit CYP3A-Inhibitoren (Ritonavir oder Cobicistat-haltigen Produkten) vermeiden. **UW:** **Häufig:** Kopfschmerzen, Dysgeusie, unangenehmer Geruch. **Gelegentlich:** Epistaxis, nasale Beschwerden (Säen, Juckreiz), Niesen, Nasentrockenheit, Husten, Halstrockenheit, Halsreizung. **L:** Bei Raumtemperatur (15–25 °C) und für Kinder unzugänglich aufbewahren. Haltbarkeit nach dem ersten Öffnen: 6 Monate bei Raumtemperatur (15–25 °C). **P:** Nasenspray zu 17 ml (entsprechend 120 Sprühstößen). Liste B; kassenzulässig. Ausführliche Informationen, insbesondere zu Dosierung/Anwendung, Kontraindikationen, Warnhinweisen/Vorsichtsmassnahmen, Interaktionen, Schwangerschaft/Stillzeit und unerwünschten Wirkungen, siehe Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Zulassungsinhaber:** Viatris Pharma GmbH, Turmstrasse 24, 6312 Steinhausen, Tel. 044 835 26 26. [KFI Version 001]

DYM-2024-0043_DE_010224

© 2023 Viatris Pharma GmbH, Turmstrasse 24, 6312 Steinhausen

Ein simpler Test

Biomarker Neue Medikamente zur Behandlung von Alzheimer sind in Sichtweite. Umso wichtiger ist eine frühzeitige, präzise Diagnose. Biomarker im Blut werden das schon bald viel einfacher möglich machen.

Adrian Ritter

Ein Bluttest gehört schon heute zum Standard bei der Diagnose einer vermuteten Demenz. Untersucht werden sollen gemäss den Empfehlungen des Vereins Swiss Memory Clinics (SMC) etwa Entzündungswerte, Kreatinin und gewisse Hormone [1]. Allerdings geht es dabei nur um den Ausschluss anderer Erkrankungen. Pathologische Veränderungen im Gehirn, wie sie bei neurodegenerativen Erkrankungen auftreten, lassen sich bisher im Blut nicht nachweisen. Dazu braucht es zusätzlich eine nuklearmedizinische Bildgebung oder eine Liquorpunktion. «Insgesamt lässt sich damit Alzheimer heute in vivo relativ zuverlässig diagnostizieren», sagt Dr. med. Rafael Meyer, Alterspsychiater und Präsident von SMC. Allerdings seien die entsprechenden Untersuchungen im Vergleich zu einer Blutentnahme aufwendig, teuer und nicht für alle Personen geeignet.



«Es wird unerlässlich sein, die Pathologien im Gehirn exakt zu bestimmen.»

Prof. Dr. med. Julius Popp
Klinik Hirslanden Zürich und Universität Zürich

Bluttest in Sicht

In Zukunft könnte dem Bluttest eine ganz andere Bedeutung zukommen und die Diagnose viel einfacher werden. Denn die Forschung zu Blut-Biomarkern für die Diagnose von Alzheimer ist weit fortgeschritten. Mit den Biomarkern sollen Pathologien im Hirn wie die Bildung von Plaques nachgewiesen werden. In Studien wird bereits untersucht, ob dazu sogar Kapillarblut aus der Fingerbeere genügt [2].

«Mit den zielgerichteten Behandlungen gegen Alzheimer, die sich derzeit in Entwicklung oder schon im Zulassungsprozess befinden, wird es unerlässlich sein, die Pathologien im Gehirn exakt zu bestimmen», sagt Prof. Dr. med. Julius Popp, Leiter des Zentrums für Gedächtnisstörungen und Alzheimer der Klinik Hirslanden in Zürich. So werde vermutlich noch 2024 in Europa die Entscheidung zur Zulassung von Lecanemab – einem monoklonalen Antikörper – fallen.

Eine möglichst frühzeitige Diagnose ist wichtig, weil die neuen Medikamente in frühen Stadien der Krankheit wirksam sind. Aber nicht nur deshalb. Auch reversible Ursachen und psychische Begleiterkrankungen einer Demenz können so frühzeitig erkannt und behandelt werden. «Bei einer frühen Diagnose können Betroffene zudem besser in Entscheidungen einbezogen werden, da ihre Urteilsfähigkeit noch erhalten ist», sagt Popp.

Zurzeit viele ohne Diagnose

Heute sind in der Schweiz gemäss Schätzungen von Alzheimer Schweiz rund 150 000 Menschen von einer Demenz betroffen, 2050 könnten es doppelt so viele sein [3]. SMC-

Ist der Begriff «Demenz» überholt?

In der ICD-10-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Demenzen nach wie vor eine Kategorie von Erkrankungen (F00-F03). Nicht so in der DSM-5, der Klassifikation psychischer Erkrankungen der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA). Beide Klassifikationen stimmen in vielen Aspekten überein. Im Bereich der Demenz allerdings unterscheiden sie sich. Die DSM-5 spricht seit 2013 von neurokognitiven Störungen. Dazu gehören minor Neurocognitive Disorders (minor NCD) und major Neurocognitive Disorders (major NCD), wozu die Demenzen zählen. Dass die DSM-5 den Begriff der Demenz nicht mehr verwendet, habe damit zu tun, dass der Begriff teilweise als stigmatisierend wahrgenommen werde, sagt Rafael Meyer, Präsident der Swiss Memory Clinics. Heute sei es Konsens, ähnlich dem Autismus-Spektrum von einem Kontinuum auszugehen, auf dem sich eine Person befindet. Die anstehende Neuauflage ICD-11 allerdings wird weiterhin den Begriff der Demenz verwenden. Auch die Schweizer Fachgesellschaften orientieren sich an der ICD-Klassifikation der WHO.



© Simon Kadula / Dreamstime

Wird ein einfacher Bluttest in Zukunft die Diagnose von Alzheimer deutlich vereinfachen?

Hintergrund

Präsident Meyer vermutet allerdings, dass etwa die Hälfte der Betroffenen gar keine Diagnose hat, weil sie nicht abgeklärt werden. In gewissen Fällen bleibe die Diagnose zudem etwas unsicher, da keine Zusatzdiagnostik wie eine Liquorpunktion durchgeführt wurde. «Wird in Zukunft ein Bluttest vorliegen, wird dies helfen, mehr Betroffene früher und präziser zu diagnostizieren», so Meyer. Er geht davon aus, dass die Blut-Biomarker für die Diagnostik der Alzheimerkrankheit in einigen Jahren im klinischen Alltag Einzug finden werden. Damit werde sich zumindest ein Teil der bisherigen Diagnosemethoden ersetzen lassen.

Komplexe Pathologie

Noch aber sind die Biomarker nicht validiert und es stehen keine Grenzwerte fest, ab wann von einer Pathologie zu sprechen ist. «Ich rechne mit einer schrittweisen Validierung in den nächsten Jahren», sagt Popp, der selbst an der Universität Zürich entsprechende Forschung betreibt. Gemeinsam mit Forschenden der Universitätsspitaler Lausanne und Bern führt er derzeit Validierungsstudien für die Blut-Biomarker durch [4].

Klar ist für Popp, dass es sich nicht nur um einen einzigen Biomarker handeln wird: «Die Pathologie bei neurodegenerativen Erkrankungen ist sehr komplex. Ich rechne damit, dass eine Kombination mehrerer Biomarker nötig sein wird, um verlässliche Resultate zu erhalten.» Zu den erfolgversprechendsten Kandidaten gehörten A β (Beta-Amyloid-Protein), pTau (hyperphosphorylierte Tau-Proteine), NfL (Neurofilament Light Chain) und GFAP (Glial Fibrillary Acidic Protein) [5]. Zusätzlich könnten gemäss Popp weitere Biomarker, unter anderem Entzündungsmarker, in Zukunft die Diagnostik und Prognostik weiter verbessern.

«In der Diagnostik werden Blut-Biomarker vermutlich zunächst im Sinne eines Screenings eingesetzt werden. Sie sollen Hinweise geben, ob eine neurodegenerative Erkrankung – in erster Linie eine Alzheimer-Erkrankung – sicher vorliegt und wo sie sicher ausgeschlossen werden kann. Gleichzeitig wird es ein Mittelfeld mit weniger eindeutigen Ergebnissen geben, wo weitergehende Untersuchungen sinnvoll sein werden», sagt Popp. So seien in Zukunft nicht nur weniger Liquorpunktionen nötig. Die einfachen Blutproben würden es auch erlauben, diese Tests wiederholt durchzuführen und so den Verlauf besser zu erfassen.

Ein Bluttest für wen?

Klar ist für Julius Popp und Rafael Meyer: Eine bedeutende und heikle Frage wird sein, ob man Bluttests schon durchführt, bevor überhaupt Symptome vorliegen. Die Pathologie im Hirn kann bisweilen schon Jahrzehnte vor den ersten Symptomen beginnen. Personen mit einem erhöhten Risiko zu erkennen wäre grundsätzlich sinnvoll, da bis zu 40% der Demenzfälle als verhinderbar gelten [6].

Umgekehrt gilt es gemäss den beiden Altersspezialisten zu verhindern, unnötige Ängste zu schüren. Denn bisweilen seien Pathologien im Gehirn feststellbar, ohne dass je Symptome auftreten. «Wenn ein Biomarker auf pathologische Veränderungen hindeutet, heisst das noch nicht, dass man krank ist oder werden wird», so Popp. Es gebe noch viele offene Fragen dazu, wie aussagekräftig die Blut-Biomarker prognostisch sein werden und was sie über die zeitliche Entwicklung einer Erkrankung auszusagen vermögen: «Die

Fachgesellschaften werden gefordert sein, entsprechende Leitlinien zu formulieren, wie Blut-Biomarker eingesetzt werden sollen.»



«Es ist medizinethisch problematisch, eine Alzheimerkrankheit allein aufgrund von Biomarkern zu diagnostizieren.»

Dr. med. Rafael Meyer
Präsident Swiss Memory Clinics

In den heutigen SMC-Richtlinien sei klar definiert, dass eine entsprechende Diagnostik nur bei Vorliegen von Symptomen durchgeführt wird, betont Meyer: «Es ist medizinethisch problematisch, eine Alzheimerkrankheit allein aufgrund von Biomarkern zu diagnostizieren.» Man könne aufgrund von Markern höchstens sagen, es liege ein Risikozustand vor. Vorläufig gelte das auch für Blut-Biomarker, sind sich Meyer und Popp einig. Allerdings werde intensiv an präklinischen und asymptomatischen Zuständen der Alzheimerkrankheit geforscht. «In der Zukunft wird hoffentlich eine verlässlichere Prognose möglich werden, ob eine Pathologie im Hirn tatsächlich zu einer Erkrankung führt», sagt Meyer.

Trotzdem sind sich Popp und Meyer einig, dass auch in Zukunft nicht Biomarker allein über die Diagnose entscheiden werden. Es brauche immer eine Gesamtschau im Rahmen einer umfassenden klinischen und neuropsychologischen Diagnostik. Zentral sei dabei auch die enge Zusammenarbeit von Hausarzt oder Hausärztin und Fachpersonen, etwa in einer Memory Clinic [5].

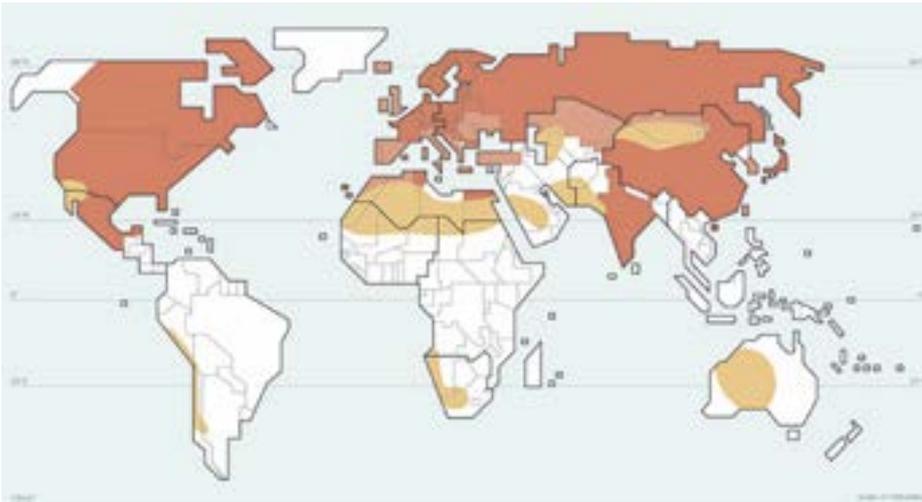


Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Nationale Demenzkonferenz

Am 30. April findet in Bern die diesjährige Nationale Demenz-Konferenz [7] statt. Sie wird von Public Health Schweiz und Alzheimer Schweiz organisiert und ist dem Thema «Tabus rund um Demenz» gewidmet. Dabei sollen Aspekte wie vermiedene Vorsorgeuntersuchungen, fehlende Patientenverfügungen, sexuelle Bedürfnisse von Erkrankten und der Rollenwechsel der Angehörigen hin zu Pflegenden thematisiert werden.



Die weltweite Verbreitung von *Borrelia burgdorferi* (dunkelbraun).

Von Zecken, zwei Schweizern und drei Erregern

Forschungsgeschichte Tragen Sie *B. burgdorferi*, *R. aeschlimannii* oder *R. helvetica* in sich? Hoffentlich nicht. Denn alle drei sind zeckenübertragene Krankheitserreger – deren Namen nicht ganz zufällig sehr schweizerisch anmuten. Ein Blick in die Zeckenforschung führt zu Wilhelm Burgdorfer und André Aeschlimann.

1909 berichtet Arvid Afzelius in Stockholm über Erythema migrans (EM). Bald danach werden weitere Fälle in Europa bekannt und Zecken werden als Überträger eines Erregers vermutet. Nachweisversuche scheitern jedoch. Die Zecken-Hypothese bekommt neuen Schub 1970, als über EM in Wisconsin berichtet wird, und zwischen 1975 und 1977 als der Rheumatologe Allen Steere den Zusammenhang von EM mit Arthritis in Lyme, Connecticut, erkennt.

Von Burgdorfer zu *B. burgdorferi*

Wilhelm (Willy) Burgdorfer (1925–2014) studiert in Basel Zoologie und promoviert 1951 bei Professor Rudolf Geigy (1902–1995) am damaligen Schweizerischen Tropeninstitut (STI, heute Swiss TPH) über Rückfallfieber, das durch *Borrelia* verursacht und durch *Ornithodoros*-Zecken übertragen wird. Kurz danach wandert er in die USA aus, wird Mitarbeiter am National Institute of Health (NIH), dann Leiter dessen «Rocky Mountain Laboratory» in Hamilton, Montana. Er erwirbt sich den Ruf eines soliden

Forschers für zeckenübertragene Erreger. Er bleibt Montana Zeit seines Lebens verbunden. Seine Empfehlung für Wanderlustige: «Hosen in die Socken einstülpen und Kleider auf Zecken absuchen.»

Burgdorfer ist wie dafür geschaffen, einen EM-Erreger aufzuspüren. Er findet ihn 1982 in *Ixodes dammini* (heute *Ixodes scapularis*) von Shelter Island, New York. Von 126 seziierten Zecken weisen 61% spiralförmige, träge bewegliche Erreger auf, die sich mit Giemsa anfärben und elektronenmikroskopisch *Borrelia* gleichen. Mit ihnen lassen sich nach durchgemachter Lyme-Krankheit Antikörper nachweisen, die bei Gesunden fehlen [1]. Zwei Jahre später steht fest: Diese *Borrelia* verursacht EM und Lyme-Krankheit. Sie wird in Yale nach ihrem Entdecker *B. burgdorferi* benannt [2]. Heute ist *B. burgdorferi* ein Konglomerat von Arten und *B. burgdorferi*, EM und/oder Lyme-Krankheit sind in 55 Ländern in Europa (37), Asien (9), Afrika (6), und Amerika (3) bekannt mit Schwerpunkt nördliche Hemisphäre (siehe Karte).

R. helvetica und *R. aeschlimannii*

Der zweite prominente Schweizer Zeckenforscher, André Aeschlimann (1929–2016), studiert ebenfalls in Basel Zoologie und doktoriert bei Geigy zu *Borrelia* in *Ornithodoros*. 1958 folgen Forschungsaufenthalte in Paris (Institut Pasteur), Tansania (Ifakara), Côte d'Ivoire (Centre Suisse de Recherches Scientifiques) und in den USA (1963 bei Burgdorfer in Hamilton). 1962 bis 1970 leitet er das Zeckenlabor des damaligen STI, 1972 bis 1994 ist er Ordinarius für Zoologie und Parasitologie der Universität Neuchâtel. 1979 untersuchen Aeschlimann und Burgdorfer gemeinsam mit Mitarbeitenden das Rickettsien-Spektrum von *Ixodes ricinus* in der Schweiz. Von 4092 in 5 Kantonen eingesammelten Zecken enthalten 344 (8%) *Rickettsia*, darunter 110 die unbekannte Art «Swiss agent» [3]. Forschende aus Marseille nennen diese 1993 *R. helvetica* [4]. Sie verursacht fieberhafte Krankheiten und ist bei Menschen und Zecken aus 23 Ländern bekannt (Europa (21), Tunesien, Japan). In einer weiteren Arbeit zeigen Aeschlimann und Burgdorfer, dass *Ix. ricinus* in der Schweiz neben *Borrelia* und *Rickettsia* auch *Coxiella*, TBE-Virus, *Babesia*, apathogene Trypanosomen und *Dipetalonema* beherbergt [5].

1997 findet die Marseiller Gruppe eine weitere Rickettsie – aus *Hyalomma* von Rindern in Marokko –, die sie *R. aeschlimannii* nennt [6]. Auch *R. aeschlimannii* ist bei Menschen oder Zecken in 27 Ländern auf 4 Kontinenten verbreitet, aber seine Klinik ist unklar. Fazit nach fast 120 Jahren Forschung: Zwei verbreitete Erreger tragen Namen, die an zwei Schweizer Forscher erinnern.

Prof. em. Dr. med. Dieter Stürchler, Universität Basel



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Dies ist Ihre Seite!

Sie können uns Ihre Texte für die Rubrik «Forum» einreichen. Weiterführende Informationen unter saez.ch/publizieren

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Teilprüfung 1 zur Erlangung des Fähigkeitsausweises Homöopathie (SVHA)

Multiple Choice, schriftliche und mündliche Prüfung über die Grundlagen gemäss Fähigkeitsprogramm Homöopathie (SVHA)

Datum:

21. September 2024

Ort:

Zürich

Anmeldefrist:

30. Juni 2022, Anmeldeformular unter www.svha.ch → https://svha.ch/pr_fung_grundlagen

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Fähigkeitsausweise → Homöopathie (SVHA)

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Onkologie-Hämatologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum

Dezember 2024

Daten und Prüfungsort werden nach Eingang der Anmeldungen und Ablauf der Anmeldefrist festgelegt und bekannt gegeben.

Anmeldefrist

31. Juli 2024

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Kinder- und Jugendmedizin

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Chirurgie

Basisexamen

Datum

Samstag, 2. November 2024

Ort

Hochschulzentrum vonRoll
Fabrikstrasse 6
3012 Bern

Anmeldefrist

Samstag, 31. August 2024

Verspätete Anmeldungen bis Dienstag, 10. September 2024 gegen zusätzliche Gebühr.

Anmeldung an

direkt im Internet:

www.basisexamen.ch → Anmeldung

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Chirurgie

Vermischtes

Schweizer Preis für Angiologie 2024

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie schreibt jedes Jahr einen Preis in Höhe von CHF 10 000.00 für die beste wissenschaftliche Arbeit, die zur Publikation in einer «peer-reviewed» Fachzeitschrift angenommen oder publiziert ist, aus Schweizer Kandidatinnen und Kandidaten, die ihre Arbeiten im In- oder Ausland und Ausländerinnen und Ausländer, die ihre Arbeiten in der Schweiz durchgeführt haben, sind eingeladen, sich für diesen Preis zu bewerben.

Hierfür sollen die Kandidatinnen und Kandidaten nebst dem Bewerbungsschreiben ihr Curriculum Vitae und die Publikationen bis zum 25. September 2024 an Herrn Prof. Dr. med. Marc Righini Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) 4, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 1211 Genève 14 oder per E-Mail: [marc.righini\[at\]hcuge.ch](mailto:marc.righini[at]hcuge.ch) schicken.

Der Preis wird anlässlich der 24. Unionstagung der Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten vom 6. bis 8. November 2024 in Basel vergeben.

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – eingegangene Spenden

Vom 1. Januar bis 31. März 2024 sind 5 Spenden im Gesamtbetrag von CHF 23 050.– eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekannt geben zu dürfen und dankt allen Spendern recht herzlich.

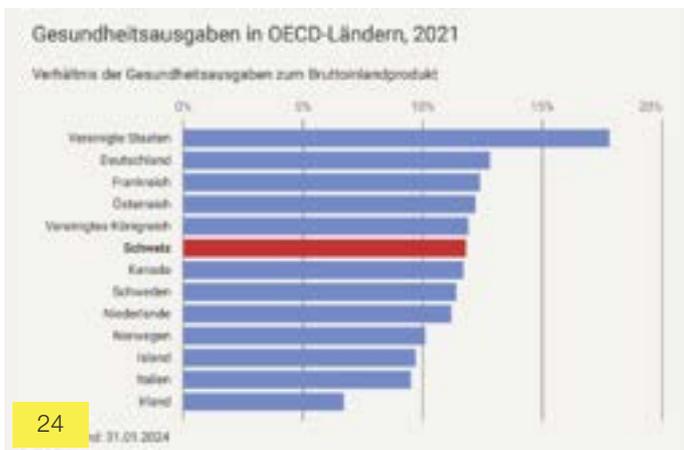
Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter CHF 500.– auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

*Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Der Kassier des Stiftungsrates*

Podcast FMH – Épisode 16: Diabète et émotions: une vie sur les montagnes russes

Depuis 2012, Yvette Rolli, 59 ans, vit avec un diabète de type 2. Dernièrement, sa glycémie a commencé à s'emballer, la contraignant à chercher de nouvelles options de traitement avec la Dre Julie Bucher, endocrinologue à Bienne. Pour comprendre l'origine de ces changements, difficilement imputables à son alimentation, elles ont recherché d'autres causes possibles. Ensemble, elles ont découvert que des difficultés rencontrées dans sa vie influençaient négativement sa maladie, voire qu'un choc émotionnel l'avait peut-être déclenchée. Dans cet épisode, elles dévoilent les coulisses d'une vie avec le diabète et rappellent l'importance du dialogue pour une bonne prise en charge. Vous trouverez le nouvel épisode du podcast FMH «À mes côtés» ici: www.a-mes-cotes.ch.

FMH



Weniger Politik, mehr Transparenz und auf die Ärzte hören!

Gesundheit in Gefahr Die Kostenbremse-Initiative würde die Rationierung der Versorgung in der Verfassung verankern und sich auf unsere Lebenserwartung auswirken. Ein im Jahr 2000 in Kraft getretener Ausgabenplafond hätte die im Jahr 2023 erbrachten Leistungen um ein Drittel verringert. TARDOC muss endlich genehmigt werden, um die Zugänglichkeit und Qualität unseres Gesundheitssystems zu sichern.

Philippe Eggimann



FMH-Geschäftsbericht 2023

Ärztliche Rahmenbedingungen Die FMH setzt sich seit jeher für attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft ein, dies wirkt auch dem Ärztemangel entgegen. Gefragt sind moderne Arbeitszeitmodelle, Abbau von Bürokratie, Abwehr einer politisch geforderten, nicht zielführenden Mikroregulierung, nutzenbringende Digitalisierung sowie endlich zeitgemässe, entwicklungsfähige und sachgerechte Tarife.

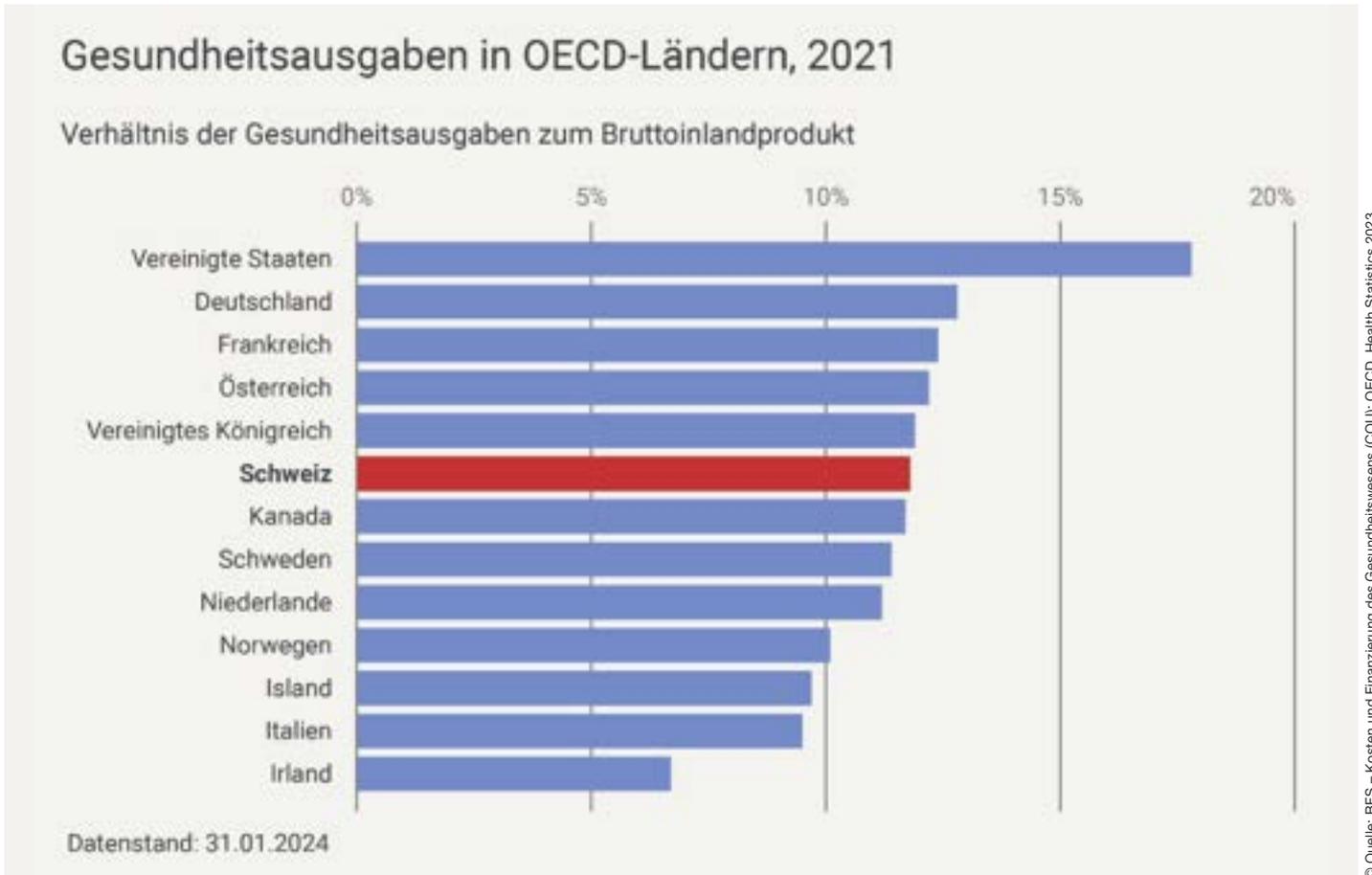
Stefan Kaufmann



Ein stürmisches Jahr mit ungebremst hohen Zahlen

SIWF-Geschäftsbericht 2023 Unverändert hohe Zahlen in allen Bereichen und viele personelle Wechsel – 2023 war für das SIWF ein intensives und stürmisches Jahr. Es war aber auch geprägt von Highlights und Erfolgen. Angesichts des vielen frischen Schwungs blickt das SIWF zuversichtlich in die Zukunft.

Monika Brodmann Maeder



«Kostenexplosion» muss relativiert werden: Die Schweizer Gesundheitsausgaben sind heute geringer als in den Ländern um uns herum.

Weniger Politik, mehr Transparenz und auf die Ärzte hören!

Gesundheit in Gefahr Die Kostenbremse-Initiative würde die Rationierung der Versorgung in der Verfassung verankern und sich auf unsere Lebenserwartung auswirken. Ein im Jahr 2000 in Kraft getretener Ausgabenplafond hätte die im Jahr 2023 erbrachten Leistungen um ein Drittel verringert. TARDOC muss endlich genehmigt werden, um die Zugänglichkeit und Qualität unseres Gesundheitssystems zu sichern.



Philippe Eggimann
Dr. med., Vizepräsident der FMH und Departementsverantwortlicher Dienstleistungen und Berufsentwicklung

Die lebhafte Debatte über die Gesundheitskosten wurde 2023 im Vorfeld der eidgenössischen Wahlen weiter verschärft. In den Medien wurden teils radikale Vorschläge wie die Abschaffung der Krankenversicherungspflicht, «Low-Cost»-Versicherungen mit begrenzter Leistungserstattung oder die Möglichkeit, bestimmte Leistungen behördlich zu verbieten, breit diskutiert. Die Vorschläge der Ärzteschaft gingen dagegen unter und fanden kaum Gehör.

Es gibt zwei konträre Ansichten darüber, wie unser Gesundheitssystem organisiert

werden sollte. Entweder verbessern wir seine Funktionsweise und sichern so die Zugänglichkeit und Qualität, um die wir allenthalben beneidet werden [1], oder wir stellen alles auf den Kopf, geben den Behörden die volle Macht [2] und schaffen noch mehr gesetzliche und bürokratische Massnahmen, welche die Zeit, die den Patientinnen und Patienten gewidmet werden kann, unwiderruflich reduzieren. Und damit paradoxerweise wohl auch die zu finanzierenden Leistungen.

Aber das Schlimmste kommt vielleicht erst noch. Während die Gesundheitskosten

im Verhältnis zum BIP in der Schweiz mittlerweile niedriger sind als in den umliegenden Ländern [3], stehen die haltlosen Prämien erhöhungen, denen niemand beizukommen vermag, erneut im Mittelpunkt der Debatte über die eidgenössischen Volksabstimmungen am 9. Juni 2024. Fünf Jahre sind dann seit ihrer Einreichung vor dem bereits angespannten Hintergrund der eidgenössischen Wahlen 2019 vergangen. Die den Abstimmungen vorausgehende Legislaturperiode war geprägt von den Versuchen des Bundesrates, umstrittene Massnahmenpakete durchzusetzen, welche durch 121 gesetzgeberische Massnahmen abgeschwächt oder verkompliziert wurden. Die unwiderrufliche Folge ist ein erhöhter Verwaltungsaufwand der Leistungserbringenden [4], was wiederum den Ärztemangel verschärft ...

Leider zielen beide Initiativen rein auf die Symptomatik ab, ohne die tatsächlichen Gründe für die Prämien erhöhungen anzugehen. Wie erwähnt steigen die Prämien schneller als die Kosten, was aufgrund des Zusammentreffens widersprüchlicher politischer Agenden und der üblichen Transparenzverweigerung bestimmter Partner unvermeidbar ist. Die Ziele beider Initiativen sind dabei durchaus vereinbar.

Prämien maximal 10% des Gehalts

Diese grosszügige Massnahme zugunsten der sozial Schwächsten ist im Kanton Waadt in Kraft, der über mehr als zehn Jahre hinweg profitabel gewirtschaftet und so die entsprechende Finanzierung ermöglicht hat. Fast 7,5% des kantonalen Haushalts werden dafür verausgabt, und die Milliardengrenze dürfte bald überschritten sein. Auf die Schweiz bezogen würde dies jährliche Kosten von etwa zehn Milliarden Franken bedeuten, wobei im Vergleich zur aktuellen Situation noch etwas mehr als die Hälfte zu finanzieren wäre. Da die OKP-Kosten im Kanton Waadt nach wie vor zu den höchsten in der Schweiz gehören, kann diese Massnahme den Anstieg der OKP-Kosten wohl nicht verhindern. Neben der Annahme der 13. AHV-Rente werden auch die Entscheidungen über diese Initiative und die künftige Reform der beruflichen Vorsorge die Zukunft der Gesellschaft nachhaltig beeinflussen.

Die Lebenserwartung senken?

Die Kostenbremse-Initiative schlägt vor, das Prinzip der Rationierung der Versorgung in der Verfassung zu verankern, was unwiderruflich zu einer Zweiklassenmedizin führen wird. Sie wird Gesundheitsdienstleister in Rationierer verwandeln, die dann wider die Grundsätze handeln müssten, die sie dazu

bewogen haben, sich in den Dienst der allgemeinen Gesundheit zu stellen. Entsprechend wird diese Initiative von einer breiten Allianz aus Leistungserbringern und Patientenorganisationen bekämpft [5].

Wäre dieser Plafond für Gesundheitsausgaben Anfang der 2000er Jahre in Kraft getreten, wäre ein Drittel aller im Jahr 2023 erbrachten Leistungen weggefallen. Eine Erläuterung der potenziellen Auswirkungen auf die Lebenserwartung ist geboten.

Es gibt zwei konträre Ansichten darüber, wie unser Gesundheitssystem organisiert werden sollte.

Tatsächlich ist diese in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten stärker gestiegen als in allen anderen Industriestaaten. Im genannten Szenario hingegen hätten die Schweizer und Schweizerinnen im Jahr 2023 von allen Bewohnern und Bewohnerinnen der westlichen Welt vermutlich die niedrigste Lebenserwartung gehabt. Wo der Zugang zur Gesundheitsversorgung aus irgendeinem Grund eingeschränkt wird, sinkt die Lebenserwartung signifikant. So zum Beispiel in den USA (wo die individuelle Finanzkraft ausschlaggebend ist), in England (seit der Verstaatlichung des Gesundheitssystems) und in Griechenland (nach Kürzung der Gesundheitsbudgets infolge der Subprime-Krise).

Ein weiteres Beispiel ist COVID. Trotz proportional grösserer Wellen sank die Lebenserwartung in der Schweiz weniger stark als in den umliegenden Ländern. Durch einen besseren Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen konnten wir diesen Effekt ab 2022 «korrigieren», während dies – mit Ausnahme Schwedens – anderen Ländern bislang nicht gelungen ist.

Mehr Transparenz

Die Gesundheitskosten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung stiegen 2023 um 4,6%, die Prämien hingegen um 6,6% [6]. Bei Ausgaben in Höhe von geschätzten 33 Milliarden Franken haben die Versicherungen somit 660 Millionen Franken zu viel eingenommen. Während man uns im Übrigen bereits dazu verurteilt hat, 2023 die Verluste aus den Reserven «auszugleichen», wird ein noch stärkerer Prämienanstieg in diesem Jahr mit pessimistischen Börsenprognosen für 2024 gerechtfertigt! Dabei wurden 2023 an den Börsen hohe bis sehr hohe Gewinne erzielt (SMI +3%; Dow Jones +13%; Euro Stoxx 50 +18%; CAC 40 +16%) [7]. Die von den Pen-

sionskassen im Jahr 2023 ausgewiesenen Renditen liegen bei rund 3%, über die letzten 5 Jahre kumuliert sogar 25%. Mehr Transparenz würde allerdings offenbaren, dass uns dieses Geld zurückgezahlt werden muss ...

Die Vorschläge der Ärzteschaft umsetzen

Ein neues Parlament, erneuerte parlamentarische Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit und eine neue EDI-Vorsteherin: Theoretisch sind alle Voraussetzungen erfüllt, um offen konkrete Massnahmen zu diskutieren, mit denen die Zugänglichkeit und die Qualität unseres Gesundheitssystems gewährleistet werden können.

Zu diesen Massnahmen gehört TARDOC, der in den letzten fünf Jahren durch die oben angeführten politischen Ambitionen systematisch in den Hintergrund gedrängt wurde. Die Zeit drängt, denn Tarmed blockiert Entwicklungen, die nur mit TARDOC möglich sind. TARDOC, der von der gesamten Ärzteschaft, der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und der Mehrheit der Versicherer unterstützt wird, würde Folgendes ermöglichen: ambulante Pauschalen mit den dazu bereiten medizinischen Fachgesellschaften einzurichten; Tarifpositionen zur Umsetzung der Smarter Medicine zu schaffen (TOP 5-Listen von 24 Fachgebieten) [8], wobei den Ärztinnen und Ärzten Zeit gegeben wird, mit ihren Patientinnen und Patienten zu entscheiden, ob sie auf Untersuchungen oder Behandlungen verzichten, deren Nutzen in ihrer persönlichen Situation fraglich ist; Tarifpositionen für medizinische Leistungen zu entwickeln, deren Erbringung an Angehörige anderer Gesundheitsberufe (MPA, Advanced Practice Nurses, Physician Associates) delegiert wird; Tarifpositionen zu entwickeln, um die Übertragung relevanter Informationen aus den Krankenakten in das EPD zu vergüten.

Dies könnte sich nicht nur positiv auf die Dynamik der beginnenden Legislaturperiode auswirken, sondern vor allem auch auf die Zukunft unseres Gesundheitssystems, dessen Zugänglichkeit und Qualität der Leistungen wir gemeinsam bewahren müssen.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



© Monkey Business Images / Dreamstime

Die Meilensteine der FMH im Jahr 2023 im Überblick.

Publikation FMH-Geschäftsbericht 2023

Ärztliche Rahmenbedingungen Die FMH setzt sich seit jeher für attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft ein, dies wirkt auch dem Ärztemangel entgegen. Gefragt sind moderne Arbeitszeitmodelle, Abbau von Bürokratie, Abwehr einer politisch geforderten, nicht zielführenden Mikroregulierung, nutzenbringende Digitalisierung sowie endlich zeitgemässe, entwicklungsfähige und sachgerechte Tarife.

Stefan Kaufmann
Generalsekretär der FMH

Bessere Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft, ausreichende Finanzierung und angemessene Tarifierung der Gesundheitsleistungen oder nutzenbringende Digitalisierung – in diesen Bereichen war die FMH im 2023 besonders gefordert.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist in hohem Masse von ausländischen Fachkräften abhängig. In der Schweiz sind derzeit 40 000 Ärzte und – erfreulicherweise immer mehr –

Ärztinnen berufstätig. Gleichzeitig gibt es besorgniserregende Trends: Ein hoher Anteil der Ärzteschaft ist über 60 Jahre alt, der Bedarf nach medizinischer Versorgung steigt und die Hausarztichte bleibt niedrig.

Die FMH setzt sich seit jeher für attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft ein. Gefragt sind moderne Arbeitszeitmodelle, Abbau von Bürokratie, Abwehr einer politisch geforderten, nicht zielführenden Mikroregulierung,

nutzenbringende Digitalisierung sowie endlich zeitgemässe, entwicklungsfähige und sachgerechte Tarife.

Zum ambulanten Arzttarif TARDOC: Zum ersten Mal wurde er 2019 beim Bundesrat eingereicht. Nun liegt seit Dezember 2023 die fünfte Version vor. Eingereicht von FMH, SWICA, MTK und curafutura. Diese fünfte Version erfüllt sämtliche Auflagen, kann kostenneutral überführt werden und würde die Kosten in Zukunft

monitorisieren. Derzeit gibt es keine andere Tarifstruktur, welche die ambulanten ärztlichen Leistungen vollständig und aktuell abbildet. TARDOC ist somit Voraussetzung für die sachgerechte und entwicklungsfähige zukünftige Versorgungssicherstellung über alle Fachrichtungen hinweg. Nun ist es am Bundesrat, diesen Vorschlag zu genehmigen.

Gute Arbeitsbedingungen und adäquate Tarife für Ärztinnen und Ärzte sind das beste Mittel gegen den Ärztemangel.

In ihrer Öffentlichkeitsarbeit geht die FMH mit einem Podcast und einer Kommunikationskampagne neue Wege: Seit Anfang 2023 läuft der Gesundheits-Podcast «An meiner Seite». Jede Episode beleuchtet eine individuelle Patientinnen- oder Patientengeschichte und gibt Einblicke in die Herausforderungen und Erfahrungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die mehrjährige Kommunikationskampagne «Für Sie» zeigt differenziert und mit einer Prise Humor die enormen ärztlichen Leistungen und warum dafür gute berufliche Rahmenbedingungen nötig sind.

Mehr zu diesen und weiteren Themen finden Sie im vorliegenden Geschäftsbericht (<https://report2023.fmh.ch/index.cfm>) Wir wünschen Ihnen eine interessante und aufschlussreiche Lektüre.



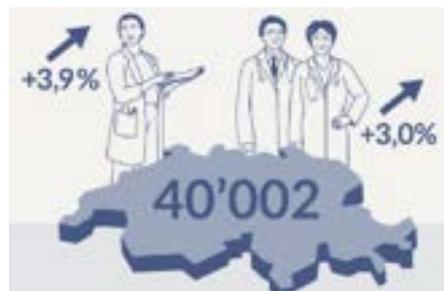
Januar

Lancierung des FMH-Podcast «An meiner Seite»: Die FMH startet am 11. Januar 2023 den Gesundheits-Podcast «An meiner Seite». Darin wird erzählt, wie Patientinnen und Patienten gemeinsam mit ihren Ärztinnen und Ärzten Tag für Tag für eine möglichst gute Gesundheit und Lebensqualität zusammenarbeiten. Jede Episode beleuchtet eine individuelle Patientengeschichte und bietet Einblicke in die praktischen Herausforderungen und Erfahrungen im Gesundheitswesen. Der Podcast stellt einen wichtigen Schritt der FMH dar, um die Öffentlichkeit über die vielfältige Gesundheitsversorgung zu informieren und die Stimmen von Patientinnen und Ärzten zu stärken.



Februar

Übergabe der finalen Version von TARDOC an die OAAAT: Die Tarifpartner FMH und curafutura haben die finale Version des neuen Arztarbeitsvertrags (OAAAT) übermittleit. Diese neue Version (V1.3.1) beinhaltet die vom Bundesrat geforderten Anpassungen zur Gewährleistung der Kostenneutralität sowie Konzepte für die Weiterentwicklung des TARDOC nach dessen Inkrafttreten. Mit diesen Ergänzungen ist der TARDOC als Einzelleistungstarif bereit, in der zweiten Hälfte 2023 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt zu werden.



März

FMH-Ärzttestatistik 2022 offenbart geringe Hausarzttdichte und grosse Auslandabhängigkeit: Die FMH-Ärzttestatistik 2022 zeigt, dass in der Schweiz 40 002 Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Das sind 780 oder 2 Prozent mehr als im Vorjahr. Trotz einer erfreulichen Zunahme des Frauenanteils gibt es besorgniserregende Trends: Ein Viertel der Ärzteschaft ist über 60 Jahre alt,

TARDOC ist derzeit die einzige Tarifstruktur, die die ambulanten ärztlichen Leistungen vollständig und aktuell abbildet.

die Hausarzttdichte bleibt niedrig und die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften wächst. Gleichzeitig nehmen die Arbeitspensen und die geleisteten Stunden seit Jahren ab, was zu einer geringeren Wochenarbeitszeit führt. Die Ärztedichte liegt im Durchschnitt bei 4,6 Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohner. Das ist vergleichbar mit den Nachbarländern.



April

Stellungnahme zur Plausibilisierung der ambulanten Pauschalen: Damit ärztlich-medizinische Anliegen und Voraussetzungen für sachgerechte und praktikable ambulante Pauschalen in deren Entwicklung einfließen, hat die FMH im Rahmen des Konsultationsverfahrens der solutions tarifaires suisses SA (sts SA) Stellung genommen.

Gefragt sind moderne Arbeitszeitmodelle, Abbau von Bürokratie und Abwehr einer nicht zielführenden Mikroregulierung.

Übergeordnet anerkennt die FMH ambulante Pauschalen und betont noch einmal, dass für homogene und gut abgrenzbare ärztliche Leistungen eine Pauschalisierung sinnvoll und nötig ist. Zudem hat die FMH mit der Unterstützung der FMCH eine Taskforce «Ambulante Pauschalen» zusammengestellt, in der alle Fachgesellschaften vertreten sind. Expertinnen und Experten der FMH haben gemeinsam mit den Delegierten der Fachgesellschaften die vorhandenen ambulanten Pauschalen pro Fachgebiet differenziert analysiert, plausibilisiert und jeweils eine spezifische Stellungnahme zuhanden der sts SA verfasst.



Mai

Zunehmende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen: Das FMH-Tarifmonitoring zeigt, dass 2022 zwei Phänomene aufeinandertrafen: die hohe Nachfrage von Patientinnen und Patienten nach ärztlichem Rat sowie der seit Jahren steigende Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern. Die Zahl der Patientinnen und Patienten stieg 2022 doppelt so stark wie in

Aktuell

den Jahren zuvor, bei den Haus- und Kinderärzten sogar viermal so stark. Die Kosten pro Patientin und Patient sind dabei stabil, aktuell leicht sinkend. Die Anzahl der Personen, die ärztlichen Rat benötigten, ist stark gestiegen, was sich auf die Gesamtkosten auswirkt.

**Juni**

Ja-Parole der FMH zum Klima- und Innovationsgesetz: Die Ärztekammer beschliesst die Ja-Parole zum «Bundesgesetz über die Ziele im Klimaschutz, die Innovation und die Stärkung der Energiesicherheit». Diese Entscheidung reiht sich ein in das Engagement der FMH für den Gesundheitsschutz und die Chancengleichheit im Gesundheitswesen, verbunden mit der Verantwortung für eine gesunde und intakte Umwelt.

**August**

Lancierung des «Innovation Qualität 2024»-Preises: Die FMH schreibt den Qualitätspreis «Innovation Qualität 2024» aus, um innovative und qualitativ hochwertige Projekte im Schweizer Gesundheitswesen zu fördern und auszu-

Die FMH unterstreicht mit der «Innovation Qualität» ihr Engagement für die digitale Innovation und Patientensicherheit.

zeichnen. Mit diesem Schritt unterstreicht die FMH ihr Engagement für die Förderung von digitaler Innovation und Patientensicherheit. Die Einladung an Gesundheitsfachleute, ihre praxisbewährten Projekte einzureichen, stärkt die Vernetzung und den fachlichen Austausch.

**September**

Kleinerer Prämienanstieg wäre möglich: Der Bundesrat hat die mittlere Prämie für das Jahr 2024 festgelegt. Erneut kommt es zu einem Anstieg der Prämien. Das müsste nicht sein. Wichtige Reformen des Gesundheitswesens könnten massgeblich dazu beitragen, den Prämienanstieg zu dämpfen – beispielsweise die ambulante Tarifrevision oder die Finanzierungsreform zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) –, doch sie werden blockiert.

Es besteht die Sorge, ob auch in Zukunft genügend Ärztinnen und Ärzte für eine optimale Versorgung rekrutiert werden können.

**Oktober**

TARDOC ist bereit zur Einführung ohne Mehrkosten: Die Delegiertenversammlung der FMH stimmt der neuen Version von TARDOC (1.3.2) sowie dem angepassten Konzept zur kostenneutralen Überführung zu. Die neue Einzelleistungstarifstruktur TARDOC soll somit in dieser Version gemeinsam mit Tarifpartnern zur Genehmigung beim Bundesrat eingereicht werden. Zudem unterzeichnet die FMH das gemeinsame Dachschreiben aller Tarifpartner, in dem die gegenseitige Anerkennung der durch den Bundesrat genehmigten ambulanten Tarifstrukturen zugesichert wird. Die FMH erachtet ambulante Pauschalen für medizinische Leistungen, die klar abgrenzbar sind, in einer grossen Menge und in einer ressourcenintensiven Infrastruktur erbracht werden, als sinnvoll und sachgerecht – wenn gleichzeitig die medizinische und kostenbezogene Homogenität gewährleistet

ist. Eine Mitunterzeichnung des vorliegenden Genehmigungsgesuchs der ambulanten Pauschalen (Version 1.0) lehnt die Ärzteschaft ab.

**November**

Fachkräftemangel gefährdet die gute Versorgungsqualität: Aus einer jährlich im Auftrag der FMH durchgeführten repräsentativen Studie geht hervor, dass sich der Fachkräftemangel in den Augen der befragten Ärzteschaft dramatisch zuspitzt. Es besteht die Sorge, ob auch in Zukunft genügend Ärztinnen und Ärzte für eine optimale Versorgung der Bevölkerung rekrutiert werden können. Gelingt es der Schweiz nicht, künftig ausreichend und gut qualifizierte Fachpersonen aus- und weiterzubilden und Ärztinnen und Ärzte im Beruf zu halten, wird die Versorgungslücke gravierend sein. Es gilt deshalb, die Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft attraktiv zu halten, beispielsweise mit zeitgemässen Arbeitszeitmodellen und nutzenbringender Digitalisierung. Dazu gehört auch, unnötigen Bürokratieaufwand zu vermeiden.

**Dezember**

Anpassung bei Medikamenten-Vertriebsmargen: Der Bundesrat gibt grünes Licht und fördert damit Generika – davon profitieren Patientinnen und Patienten, aber auch Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Diese Massnahme verspricht sofortige Kostensenkungen um 60 Millionen Franken und langfristige Einsparungen von mehreren 100 Millionen Franken. Durch die Reduzierung des Fehlanreizes, mehr an Originalmedikamenten zu verdienen, können kostengünstigere Generika bevorzugt abgegeben werden. Dieser Schritt, unterstützt von der FMH und weiteren Akteuren, dämpft nicht nur die Kosten, sondern steht für eine erfolgreiche Konsensbildung von Akteuren im Gesundheitswesen.



damit bestehende Fehlanreize aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen behoben werden. Bis zum Start ist die Branche gefordert, die nötigen Arbeiten für eine erfolgreiche Umsetzung zu erledigen.

Korrespondenz

kommunikation[at]fmh.ch

Verabschiedung der EFAS-Reform: EFAS, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, hat nach 14 Jahren die letzte Hürde im Parlament genommen. Die

FMH ist erfreut über die Verabschiedung dieser zentralen Reform für das Schweizer Gesundheitssystem. In der EFAS-Allianz mit 22 Akteuren hat sie sich für diese Reform starkgemacht,

Anzeige

Mit Pharyngitis zur Chirurgin?

Patientinnen und Patienten vertrauen bei Gesundheitsfragen auf Fachpersonen. Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Vorsorge besser auch.

Jetzt informieren: [pat-bvg.ch](https://www.pat-bvg.ch)



pat BVG

Die Pensionskasse für
medizinische Berufe



© Medworld AG, Steinhilfen

Das 10. MedEd-Symposium fand am 13. September 2023 in Bern statt.

Ein stürmisches Jahr mit ungebremst hohen Zahlen

SIWF-Geschäftsbericht 2023 Unverändert hohe Zahlen in allen Bereichen und viele personelle Wechsel – 2023 war für das SIWF ein intensives und stürmisches Jahr. Es war aber auch geprägt von Highlights und Erfolgen. Angesichts des vielen frischen Schwungs blickt das SIWF zuversichtlich in die Zukunft.

Monika Brodmann Maeder
PD Dr. med. et MME, Präsidentin SIWF

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) hat erneut ein stürmisches Jahr hinter sich. Nachdem die verschiedenen Bereiche bereits letztes Jahr rekordhohe Zahlen aufwiesen, gab es 2023 diesbezüglich keine Entspannung.

Mit 1927 erteilten Facharzttiteln wurde die Rekordmarke des Vorjahres um einen einzigen Titel nicht erreicht. Zu rund 3000 Titelgesuchen und Standortbestimmungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung wurde Stellung genom-

men und es wurden rechtsverbindliche Entscheidungen gefällt; insgesamt 24 Weiterbildungs- (Facharzttitel und Schwerpunkte), 13 Fähigkeits- und 4 interdisziplinäre Schwerpunktprogramme wurden revidiert; 247 Anträge von nicht-fachspezifischen Fortbildungsveranstaltungen wurden beurteilt und davon 217 Veranstaltungen das Fortbildungslabel «SIWF-approved» erteilt; fast 1000 Gesuche um Anerkennung, Re-Evaluation und Umteilung von Weiterbildungsstätten – knapp 200 mehr als im Vorjahr – wurden ge-

prüft und insgesamt 205 Visitationen durchgeführt. Dies sind nur einige Zahlen, die die Parforceleistung der Mitarbeitenden belegen.

Auch die verschiedenen Softwareapplikationen verzeichneten hohe Benutzer- und aktive Anwendungszahlen. Mit über 25 000 registrierten Benutzerinnen und Benutzern und täglich etwa 500 aktiven Anwenderinnen und Anwendern ist das eLogbuch die umfangreichste Applikation des SIWF. Mit der Weiterentwicklung der verschiedenen Anwendungen will das SIWF

die digitale Transformation des gesamten SIWF und seiner Arbeitsprozesse weiterentwickeln und neue Potenziale erschliessen.

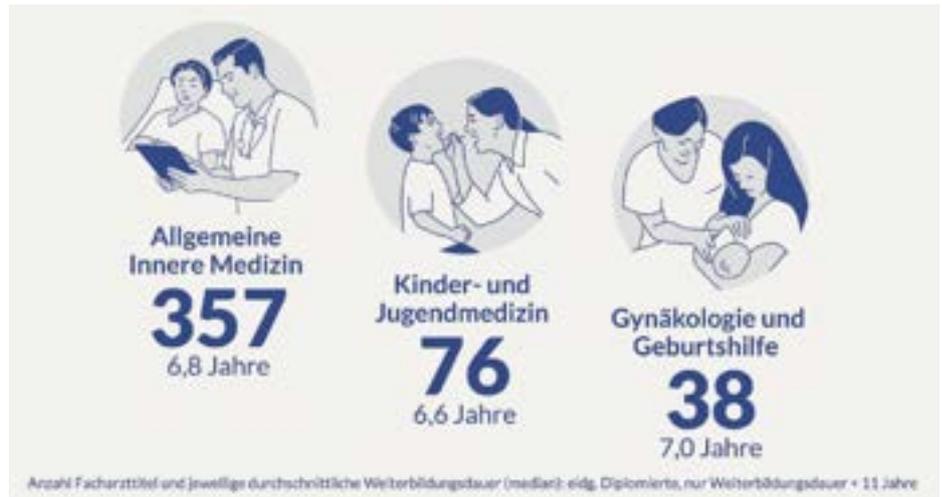
Der letztes Jahr neu geschaffene Bereich «Recht» wurde im September 2023 durch zwei Juristinnen verstärkt, damit die zahlreichen Anfragen der SIWF-Organen, Anfragen von anderen Sektionen, Kandidatinnen und Kandidaten sowie Verantwortlichen der Weiterbildungsstätten und Fachgesellschaften beantwortet werden konnten.

Auch die Anzahl Beurteilungen von Nachweisen über im Ausland absolvierte Weiterbildungen und Mailanfragen von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland waren konstant hoch geblieben.

Personelle Wechsel

Stürmisch ging es in der SIWF-Geschäftsleitung auch in puncto personeller Wechsel zu und her. Mit Dr. med. Nathalie Koch und Dr. med. Barbara Schild wurden zwei neue Vizepräsidentinnen gewählt, die nun die strategische Ebene des SIWF verstärken werden. Der langjährige Vizepräsident, Dr. med. Jean-Pierre Keller, wird Mitte 2024 nach 26 Jahren zurücktreten. Barbara Linder, stellvertretende Geschäftsführerin und Leiterin des Bereichs «Internationales», hat per Ende 2023 in eine Position als «Senior Legal Expert» gewechselt. Neu wird Anne-Sylvie Thiébaud Nori, bisher Leiterin des Bereichs «Recht», stellvertretende Geschäftsführerin und Leiterin des zusammengeführten Bereichs «Recht und Internationales». Und Christoph Hänggeli wird zukünftig nicht mehr als Geschäftsführer tätig sein, indes dem SIWF als externer Experte für juristische Fragen noch beratend zur Verfügung stehen.

Anfang 2023 konnte das SIWF für die Forschungsstelle eine hervorragende Ärztin mit einem PhD in Medical Education engagieren und im Herbst die Stabsstelle «Forschung und



Die drei häufigsten Fachgebiete 2023.

Entwicklung» ins Leben rufen. Dieser Bereich ist direkt der Präsidentin unterstellt, um die inhaltliche Strategie des SIWF wissenschaftlich zu untermauern. Die vier Mitarbeitenden arbeiten projektweise zusammen mit Medical Educators der schweizerischen Weiterbildungsstätten sowie assoziierten Forschenden und Doktorierenden. Auch internationale Kontakte spielen für den wissenschaftlichen Austausch eine relevante Rolle, um von den Erfahrungen anderer Länder zu lernen und unsere Erkenntnisse weiterzugeben.

Seit dem Sommer 2023 arbeitet zudem eine externe Beratungsfirma für das SIWF, die das Institut in der Prozessoptimierung bei der Erteilung der Facharzt- und Schwerpunkttitel unterstützt.

Erfolge und Highlights

2023 wartete auch mit Erfolgen auf. Ein Zwischenerfolg wurde bei der Akkreditierung 2025 erzielt. So konnte das SIWF die Standards mit-

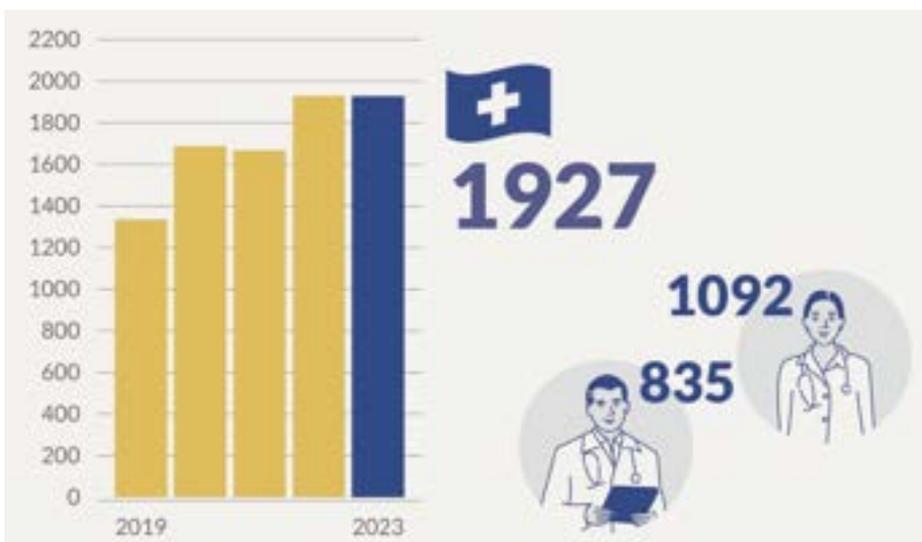
entwickeln, einen Grossteil der Selbstevaluationsberichte für die Fachgesellschaften vorbereiten und damit das Akkreditierungsgesuch und alle 45 Selbstevaluationsberichte rechtzeitig bei der Schweizerischen Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung (AAQ) einreichen. In der jetzt aktuellen Phase der externen Evaluation der Weiterbildungsgänge wird die AAQ virtuelle Roundtables mit den Fachgesellschaften und einem Gutachtenteam organisieren und durchführen. Der Entscheid des Eidgenössischen Departements des Innern wird im August 2025 erwartet.

Auch internationale Kontakte spielen für den wissenschaftlichen Austausch eine relevante Rolle.

Ärztliche Weiterbildungsreform

Die Reform der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz mit der Erarbeitung von Entrustable Professional Activities (EPAs) nahm in den vergangenen Jahren rasant Fahrt auf, schritt 2023 weiter vorwärts und wird das SIWF auch zukünftig stark beschäftigen.

Aktuell arbeitet das SIWF mit über 30 Fachgesellschaften an der Erarbeitung von fachspezifischen EPAs. Die EPA-Kommission hat bereits mehrere Sets von fachspezifischen EPAs beurteilt, die nun bereit sind, in die entsprechenden Weiterbildungsprogramme integriert zu werden. Eine spezielle Arbeitsgruppe hat die Anforderungen an eine elektronische Applikation definiert, die die Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vereinfachen wird. Die Ausschreibung ist beendet und die Verhandlungen mit möglichen Firmen laufen. Die «Teach the teachers»-Kurse werden neu professionell administriert und haben einen neuen Webauf-



Erteilte eidgenössische Facharzttitel 2023.



Austausch und Beziehungspflege: Der Netzwerk-Gedanke wird gelebt.

tritt erhalten. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission und des SIWF hat ihre Arbeit aufgenommen, um Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzkompetenz in medizinischer Bildung durch eine Art Qualitätslabel sichtbarer zu machen. Weitere Pilotspitäler konnten gefunden werden, die zusammen mit dem SIWF den notwendigen Kulturwandel für eine hochstehende Weiterbildung einbeziehungsweise weiterführen. Und auch in der Schweizerischen Ärztezeitung konnte die Serie mit Artikeln zur kompetenzbasierten Weiterbildung weitergeführt werden.

Wir sind auf viele Teilzeit-mitarbeitende im Bereich der Reform der ärztlichen Weiterbildung angewiesen.

Um diese schon jetzt grosse und in Zukunft noch grösser werdende Arbeit stemmen zu können, war und ist das SIWF auf viele Teilzeitmitarbeitende im Bereich der Reform der ärztlichen Weiterbildung angewiesen. Diese Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzkompetenz in medizinischer Bildung arbeiten auf Mandatsbasis. Ohne sie könnte die Reform der ärztlichen Weiterbildung nie so umfassend und dynamisch weitergebracht werden.

Weitere Aktivitäten

Mit viel Elan hat sich das SIWF auch eines alten und neuen Themas angenommen, der sogenannten «Allgemeinen Lernziele». Ein übergeordnetes Mandat, vergeben im Oktober 2022 an

Hermann Amstad, konnte per November 2023 beendet werden. Ein erstes Mandat zur Patientensicherheit – eine Zusammenarbeit zwischen FMH und SIWF – konnte mit Prof. David Schwappach, PD Sven Staender und Prof. Wolf Hautz, alle ausgewiesene Experten zu dem Thema, exzellent besetzt werden. Im nächsten Jahr werden weitere Mandate zu den als am wichtigsten beurteilten Themen im Bereich der Allgemeinen Lernziele vergeben werden.

Durch einen verstärkten Kontakt mit der Stiftung WHM (Weiterbildung in Hausarztmedizin) konnte das SIWF die Reformbemühungen der Organisation unterstützen. Gerade im Bereich der Weiterbildung in den Praxen – vor

allem auch ausserhalb der Hausarzt- und Kinder- und Jugendmedizin – muss sich das SIWF vermehrt engagieren, da die Verschiebung von vielen ärztlichen Tätigkeiten in den ambulanten Bereich auch die Weiterbildung unserer Ärztinnen und Ärzte beeinflussen wird.

Besuch von Dr. Graham McMahon

Ein Jahreshighlight war der Besuch von Professor Graham McMahon, Chef der amerikanischen Akkreditierungsbehörde ACCME. Wir konnten von einem lebhaften Austausch über die Ausgestaltung der ärztlichen Fortbildung profitieren und er motivierte uns, über unser Modell der Fortbildungsakkreditierung nachzudenken.

Das strategische Ziel der ACCME lautet «Transforming education to improve health». Dies heisst frei übersetzt nach den Worten des Councils: Durch den Einfluss auf die (Fort-) Bildung soll letztlich die Qualität der Patientenbehandlung gestärkt werden. Dabei werden nicht einfach Veranstaltungen akkreditiert, sondern die Veranstalter selbst, die dann über eine definierte Zeitperiode direkt Credits an Veranstaltungen vergeben dürfen. Es besteht keinerlei Verbindung zur Pharmaindustrie – im Gegenteil, diese wird bewusst auf Distanz gehalten.

Im Zuge der Reform unserer ärztlichen Weiterbildung wird das SIWF zukünftig auch den Bereich der Fortbildung unter die Lupe nehmen und den veränderten Anforderungen anpassen, sodass Ärztinnen und Ärzte ihre Kompetenzen bis zum Ende ihrer beruflichen Laufbahn erhalten oder sogar erweitern können.

Internationale Vernetzung

An der ersten Konferenz zur Modernisierung der ärztlichen Weiterbildung im April 2023 war das



Prof. Dr. rer. nat. Lutz Jäncke zur Frage: «Ist das Hirn für die zukünftige Kommunikation bereit?»

SIWF von der Union Européenne des Médecins Spécialistes als Experte eingeladen und konnte seine Reform in Bezug auf die Einführung der kompetenzbasierten Bildung und der EPAs vorstellen.

Die internationale Vernetzung im Rahmen der Bildungsreform konnte nicht nur auf der politischen und strategischen europäischen Ebene intensiviert werden. Ebenso konnten die Verbindungen mit dem internationalen Netzwerk der Experten und Expertinnen in der kompetenzbasierten medizinischen Bildung (ICBME) verstärkt werden. Auch war das SIWF an der Vorbereitung des ersten Symposiums «MedEd on the Edge» beteiligt, das im Oktober 2023 am Karolinska Institut und am gleichnamigen Spital in Stockholm stattfand und die internationalen Kontakte weiter verstärkte.

Zehn Jahre MedEd

Am 13. September 2023 veranstaltete das SIWF im Casino in Bern zum zehnten Mal das MedEd-Symposium. Besonders erfreulich: Der Netzwerk-Gedanke der Veranstaltung wird gelebt und viele der Teilnehmenden sind von Jahr zu Jahr wieder dabei.

Das Zehn-Jahr-Jubiläum bot Gelegenheit, auf die Entwicklung der ärztlichen Bildung zurückzublicken und Erkenntnisse und Visionen für die Zukunft zu formulieren. Die rund 200 Teilnehmenden erfuhren von Dr. med. Raphaël Bonvin, welche Innovationen die medizinische Ausbildung geprägt haben und wie sie sich auf

Durch den Einfluss auf die Fortbildung soll letztlich die Qualität der Patientenbehandlung gestärkt werden.

die Weiterbildung auswirken. Aus theoretischer Sicht wurde ein interessanter Einblick in die Hirnforschung gewährt: Der Neuropsychologe Prof. Dr. rer. nat. Lutz Jäcke stellte die Frage, ob das Gehirn für die zukünftige Kommunikation bereit sei. Vom Standpunkt der klinischen Ethik berichtete Prof. Dr. med. Tanja Krones gemeinsam mit Dr. sc. med. Settimio Monteverde, PhD, über das Quiet Quitting, jener Arbeitshaltung, die darin besteht, nicht mehr zu leisten, als

vertraglich verlangt wird. Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung betraf die Patient Safety, beleuchtet durch PD Dr. med. Sven Staender, Anästhesist und Intensivmediziner, der massgeblich an der Entwicklung des CIRS (Critical Incidence Reporting System) beteiligt war. Wie in den Vorjahren wurden die Vorträge um interaktive Workshops ergänzt, die sehr gut besucht wurden.

Die zahlreichen Aufgaben und Themen, gepaart mit den vielen personellen Wechseln waren und sind herausfordernd. Das SIWF blickt indes angesichts des frischen Schwungs zuversichtlich in die Zukunft. Als Kompetenzzentrum für die ärztliche Weiter- und Fortbildung wird sich das SIWF unablässig den Herausforderungen stellen und sich weiterhin dafür engagieren, dass es in der Schweiz gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte gibt.

Lesen Sie mehr dazu im soeben veröffentlichten SIWF-Geschäftsbericht: www.report-2023.siwf.ch.

Korrespondenz
info[at]siwf.ch

Anzeige

Kostenerstattung
für alle Menschen
mit Diabetes ab 2 Jahren¹
unter Pumpen- oder Basis-
Bolus-Insulintherapie.²

Einfaches Diabetesmanagement.
Das neue Dexcom G7.

Dexcom G7

Bessere Glukosewerte^{3,4} mit Dexcom CGM.⁵

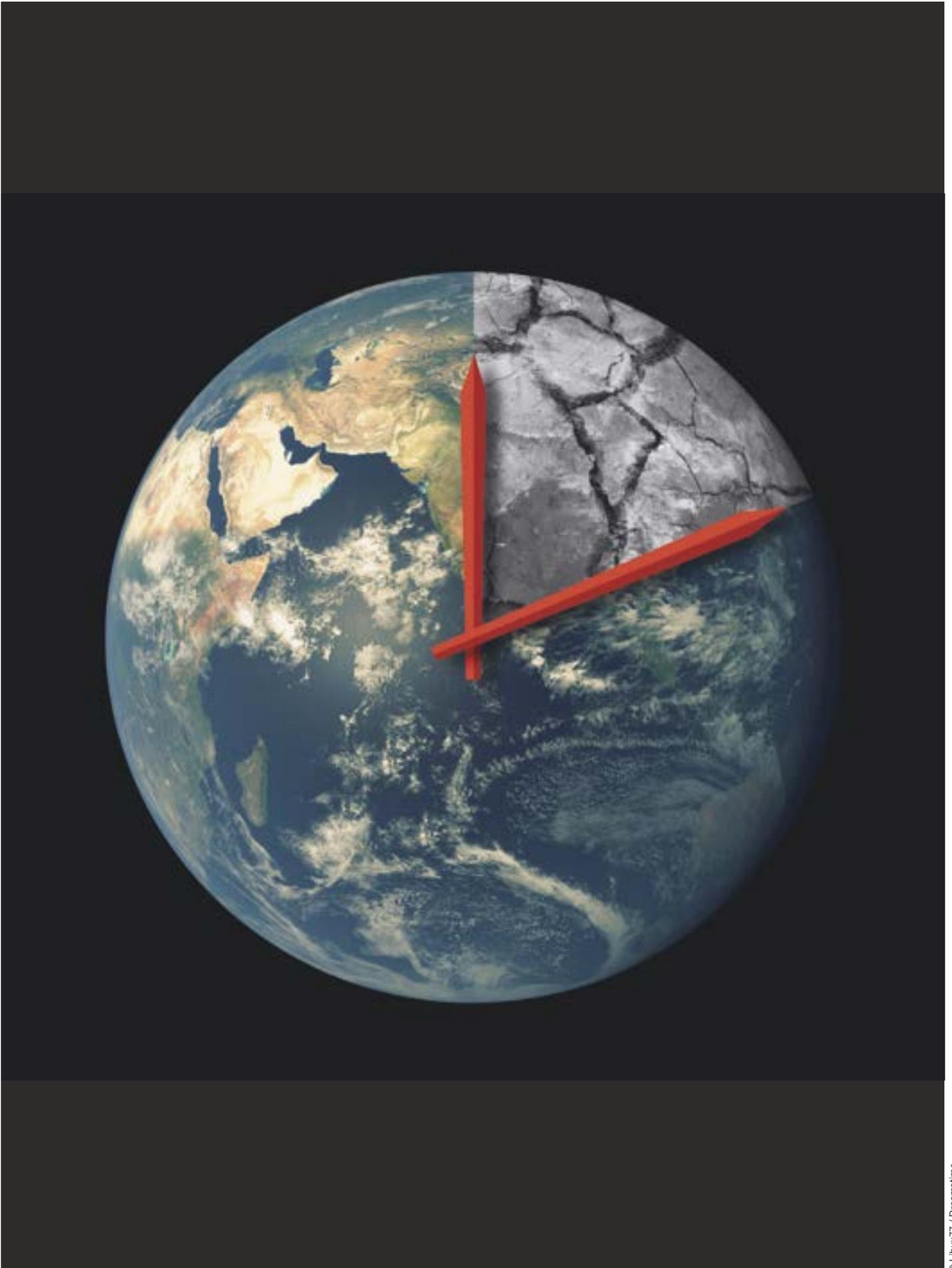
- ✓ Automatische Messung
- ✓ Kein Fingerstechen.⁶ Kein Scannen.
- ✓ Verschiedene Anzeigegeräte^{7,8}
- ✓ Weniger als 30 Minuten Sensor-Aufwärmphase⁹
- ✓ Einfach und motivierend: Darstellung der Zeit im Zielbereich¹⁰ in leicht verständlicher Ampel-Farbkodierung

www.dexcom.com

Agenturfoto. Mit Model gestellt. | 1 Dexcom G7 Benutzerhandbuch 2022/04:6. | 2 Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein CGM-System zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden, Indikationen gemäss Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html (Letzter Zugriff: 01.01.2024) | 3 Im Vergleich zu anderen Glukosemessverfahren. Soupal J, et al. Diabetes Care. 2020;43:37-43. | 4 Martens T, et al. JAMA. 2021;325(22):2262-2272. | 5 Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Generation von Dexcom rtCGM-Systemen erzielt. Für das Dexcom G7 sind durch die gleiche oder bessere Performance, Produkteigenschaften und Anwendbarkeit ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe dazu Benutzerhandbuch Dexcom G6/G7; Welsh JB, et al. J Diabetes Sci Technol. 2022;19:322968221099879. | 6 Ausser in Ausnahmesituationen. Werkseitig kalibriert. Wenn die Warnungen zu den Gewebeglukosewerten und die Messwerte auf dem Dexcom G7-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollten Patientinnen und Patienten ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu ihrem Diabetes zu treffen. | 7 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter www.dexcom.com/compatibility. | 8 Die Übertragung der Glukosewerte auf eine kompatible Smartwatch erfordert die gleichzeitige Nutzung eines kompatiblen Smartphones. | 9 Garg SK, et al. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | 10 Zeit im Zielbereich = Time in Range (TIR) | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany LBL-1001413/LBL-1001414 Rev001 / 03.2024

Dexcom International Switzerland | Allmendstr. 18 | 6048 Horw | Dexcom Hotline: 0800 002 810 | E-Mail: ch.info@dexcom.com

Dexcom International Switzerland = Dexcom International Limited, Nicosia, Zweigniederlassung Horw



Welche Rolle spielt die Klimakrise in der täglichen ärztlichen Arbeit? Der vsao hat nachgefragt.

Umfrage Planetary Health vsao Schweiz

Planetary Health Der Klimawandel ist im medizinischen Alltag angekommen. Wie sich dieser in der klinischen Tätigkeit äussert, welche Massnahmen dagegen umgesetzt werden, welche Probleme dabei noch unbeantwortet sind und welche Wünsche dazu aufkommen, haben der vsao und die FMH in einer Umfrage bei den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten erhoben.

Robin Rieser^a; Nora Höger^b

^a Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung Public Health FMH; ^b Dr. Med., Co-Leiterin AG Planetary Health vsao Schweiz

Die Strategie Planetary Health der FMH [1] hält fest: «Der Klimawandel ist die grösste gesundheitliche Bedrohung des 21. Jahrhunderts». In allen vier Handlungsberreichen der Strategie müssen Massnahmen ergriffen werden, um der besonderen Verantwortung der Ärzteschaft gerecht zu werden. Die Ärztinnen und Ärzte sind als Health Advocates die Vertretung der Patientinnen und Patienten und können einerseits für den Erhalt der individuellen Gesundheit durch sorgfältige Behandlung und Betreuung einstehen. Andererseits können sie für den Erhalt und Aufbau einer gesundheitsfördernden Umwelt einstehen. Denn Luftverschmutzung, grosse Hitze oder belastete Gewässer gefährden die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten. Nicht zuletzt kann die Ärzteschaft durch Förderung der Gesundheit mittels Co-Benefits entscheidend zur Prävention vieler Krankheiten beitragen [2, 3].

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen ein hohes Bewusstsein für die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit.

Viele Fragen, viele Antworten

Um zu verstehen, inwiefern Planetary Health im klinischen Alltag bereits angekommen ist, führte der vsao Schweiz in Zusammenarbeit mit der Abteilung Public Health der FMH eine Umfrage bei seinen Mitgliedern zum Thema Planetary Health durch. Erfragt wurden folgende Bereiche: Welche Rolle spielt die Klimakrise in der täglichen Arbeit bereits, welche Massnahmen zum Umgang mit der Klimakrise und dem hohen Ressourcenverbrauch werden bereits

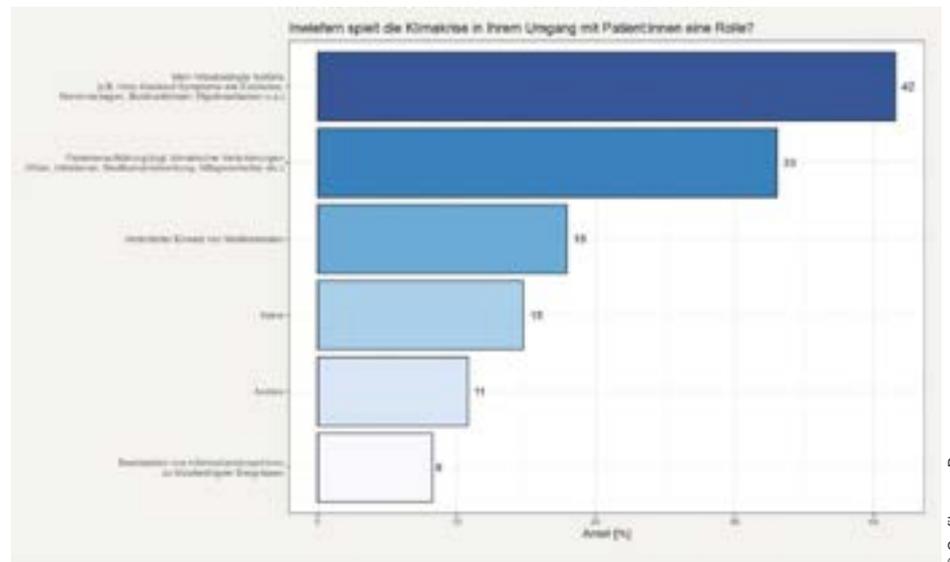


Abbildung 1: Einfluss der Klimakrise auf die Arbeit von Assistenzärztinnen und -ärzten.

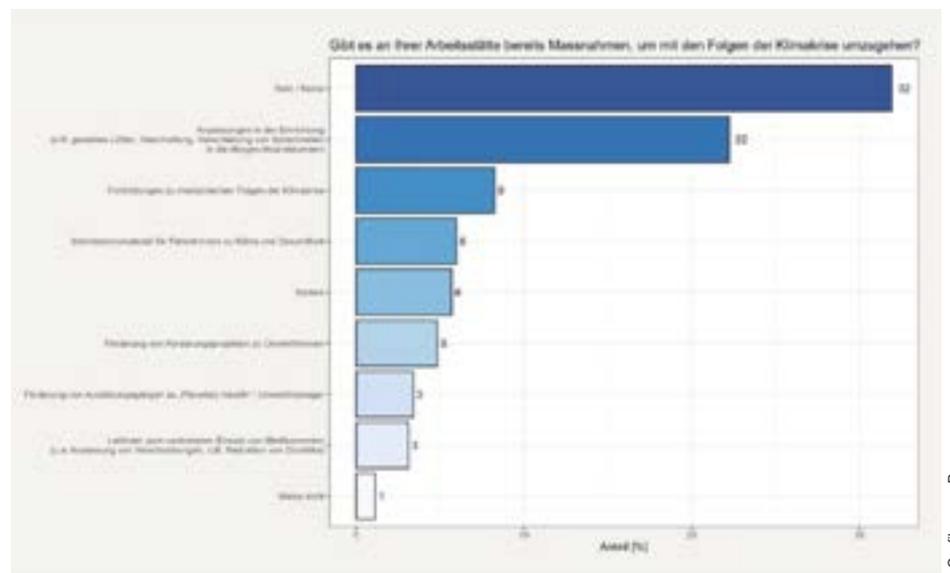
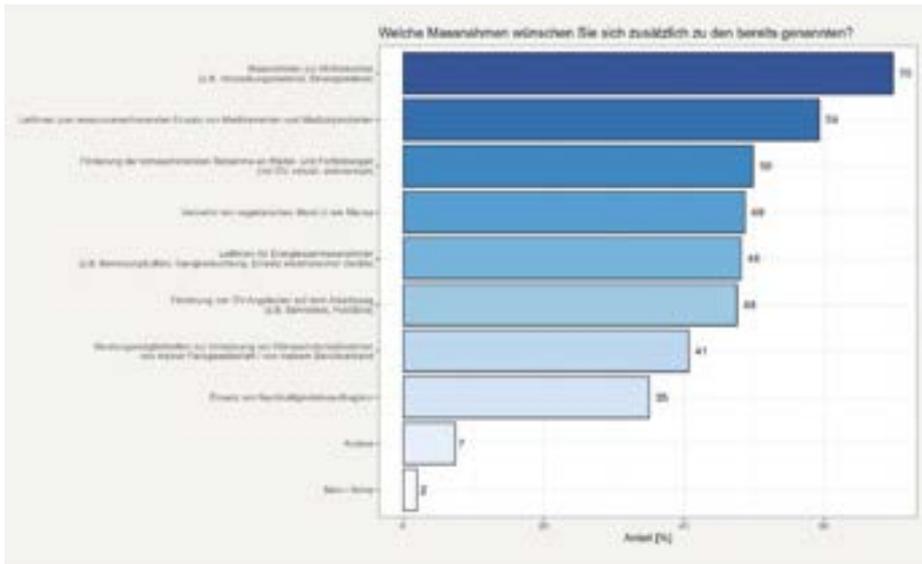


Abbildung 2: Wahrgenommene Massnahmen zum Umgang mit den klimatischen Veränderungen.



© Grafik: vsao Bern

Abbildung 3: Gewünschte zusätzliche Massnahmen zu den bereits bestehenden.

umgesetzt, welche Massnahmen wünschen sich die Teilnehmenden in diesen Bereichen und wünschen sich die Befragten, dass ihre Berufsverbände sich aktiv mit dem Thema Planetary Health beschäftigen.

Die erreichte Stichprobe umfasst 351 Personen und ist bezüglich Alter, Geschlecht, Fachgebiet und Arbeitsort repräsentativ für vsao-Mitglieder. Die Kantone Bern und Zürich sind übervertreten, möglicherweise da sich diese

Sektionen stark im Thema engagieren und die Umfrage in diesen Regionen stärker verbreitet wurde (siehe Tabelle 1). Die Stichprobe stellt sicherlich nur einen Bruchteil der Schweizerischen Ärzteschaft dar, die Ergebnisse sind somit nicht direkt verallgemeinerbar. Der digitale Fragebogen wurde in Anlehnung an eine Umfrage des Centre for Planetary Health Policy (CPHP) verfasst und vom 21.09.2023 bis 30.10.2023 durchgeführt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen ein hohes Bewusstsein für die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit: Vor allem Hitzeexposition wird verstärkt wahrgenommen, rund 42% geben an, deshalb mehr Notfälle behandeln zu müssen. Weitere knapp 33% beraten regelmässig Patientinnen und Patienten zu Klima- und Gesundheitsfragen (vergleiche Abbildung 1). Alarmierend ist jedoch, dass gut 32% der Befragten angeben, dass in ihrem Arbeitsumfeld keine Massnahmen zum Umgang mit den negativen Folgen der Klimakrise wahrnehmbar sind (vergleiche Abbildung 2). In vielen Arbeitsstätten gibt es bereits strukturierte Massnahmen, um dem Ressourcen- und Energieverbrauch zu begegnen. Beispielsweise die Förderung der ÖV-Nutzung (40%), Leitlinien zum Energiesparen (30%), mehr vegetarische Angebote in der Mensa (30%) oder Massnahmen zur Müllreduktion (23%).

Die Teilnehmenden wünschen sich zusätzliche Massnahmen in den Bereichen Anpassung und Reduktion. Informationsmaterialien über Zusammenhänge zwischen Hitze und bestehenden Erkrankungen, klinische Leitlinien und Empfehlungen zur Anpassung etablierter Behandlungen an Hitze, Massnahmen zur Reduktion des Materialverbrauchs und weitere werden genannt (vergleiche Abbildung 3). Es scheint, als wären in fast allen Bereichen weitere Massnahmen nötig. Eine teilnehmende Person drückt es folgendermassen aus: «Die Situation ist dramatisch – unser Verhalten aber 'like business as usual'...».

Zuverlässige Daten zu Emissionen sind unabdingbar, um zielgerichtete Massnahmen ergreifen zu können.

Ein weiter Weg

Die vsao-Umfrage zeigt den weiterhin grossen Handlungsbedarf auf. Sowohl auf Ebene der Verbände, Ämter und der Politik muss eine Transformation zu mehr Nachhaltigkeit und Gesundheitsförderung geschehen, als auch in den Gesundheitseinrichtungen wie Praxen, Spitälern und Kliniken. Dafür sind klare Empfehlungen zum ressourcenschonenden Einsatz von Medizinprodukten und Medikamenten notwendig, Anpassungen von Leitlinien zur Vereinbarkeit von Hygienevorschriften und Nachhaltigkeit sowie neue Fort- und Weiterbildungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände. Um das grosse Ganze zu verstehen und die richtigen Massnahmen mit hohem Wirkungsgrad zuerst angehen zu können, muss das Gesundheitswesen in das nationale Treib-

Tabelle 1: Demographische Daten der Stichprobe

Characteristic	N = 351 ¹
Alter	37 (±12) [18/79]
Unknown	54
Funktion	
Assistenzärzt:in und Oberärzt:in	259 (74%)
Kaderärzt:in	25 (7,1%)
Niedergelassene:r	39 (11%)
Student:in	22 (6,3%)
Anderer	6 (1,7%)
Geschlecht	
Männlich	136 (39%)
Weiblich	212 (61%)
Anderer	1 (0,3%)
Unknown	2
Tätigkeit	
Praxis	54 (15%)

Informationsportal Planetary Health

Der vsao-Leitfaden Planetary Health bietet einfache und konkrete Handlungsmöglichkeiten, um Planetary Health im Praxisalltag zu fördern. Die FMH hat für ambulante Arztpraxen ein Toolkit erarbeitet, welches mit über 60 Massnahmen in 14 Kategorien die Praxen im Wandel zu mehr Nachhaltigkeit unterstützen kann. Dazu zeichnet die FMH mit dem Planetary Health Award in diesem Jahr erstmals Projekte aus, welche die Nachhaltigkeit im Schweizer Gesundheitssystem fördern (<https://planetary-health.fmh.ch>).



hausgasinventar aufgenommen werden. Zuverlässige Daten zu Emissionen sind unabdingbar, um zielgerichtete Massnahmen ergreifen zu können. Eine teilnehmende Person drückt es

Es scheint, als wären in fast allen abgefragten Bereichen weitere Massnahmen nötig.

folgendermassen aus «[das] Gesundheitssystem ist beim Thema Klimabewusstsein noch in den Anfängen, Thema Ressourcen- und Energieverbrauch, aber auch Prävention in der Bevölkerung».

Korrespondenz

public.health[at]fmh.ch
nora.hoeger[at]vsao-bern.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Spital	291 (83%)
Andere	6 (1,7%)
Fachgebiet	
Allgemeine Innere Medizin und Subspezialisierungen	151 (43%)
Anästhesie/Intensivmedizin	43 (12%)
Chirurgie und angrenzende Fächer	36 (10%)
Gynäkologie/Geburtshilfe	8 (2,3%)
Pädiatrie	37 (11%)
Neurologie und angrenzende Fächer	30 (8,6%)
Psychiatrie und Psychotherapie	28 (8,0%)
Andere	15 (4,3%)
Unknown	3
Kanton	
Aargau	14 (4,0%)
Appenzell Innerrhoden	1 (0,3%)
Basel-Landschaft	8 (2,3%)
Basel-Stadt	19 (5,5%)
Bern	140 (40%)
Fribourg	11 (3,2%)
Genf	20 (5,8%)
Graubünden	8 (2,3%)
Luzern	18 (5,2%)
Neuenburg	3 (0,9%)
Nidwalden	2 (0,6%)
Schaffhausen	1 (0,3%)
Schwyz	1 (0,3%)
Solothurn	6 (1,7%)
St. Gallen	10 (2,9%)
Tessin	5 (1,4%)
Thurgau	5 (1,4%)
Uri	1 (0,3%)
Waadt	15 (4,3%)
Wallis	3 (0,9%)
Zug	1 (0,3%)
Zürich	54 (16%)
Unknown	5

*Mean (±SD) [Minimum/Maximum]; n (%)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Jean Crittin (1944), † 20.3.2024, Spécialiste en cardiologie et Spécialiste en médecine interne générale, 1950 Sion

Alexander von Weymarn (1957), † 26.3.2024, Facharzt für Radiologie, 8500 Frauenfeld

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Yuliya Dahlem, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Angestellt in Praxis Gruppe Sins AG, Blumenweg 5, 5643 Sins, ab sofort
Isabella Humbel, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Alte Bremgarterstrasse 8, 8964 Rudolfstetten, ab 01.07.2024

Judith Melchers, Praktische Ärztin, Angestellt in Hausarztpraxis Muri Freiamt AG, Singisenstrasse 40, 5630 Muri, ab sofort

Anne Schmutz, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Angestellt im Ärztezentrum Würenlos, Grossezelgstrasse 18, 5436 Würenlos, ab 01.05.2024

Sarah Steinau, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Angestellt in Cliena Gruppenpraxen AG, Spitalstrasse 144, 5630 Muri, ab sofort

Alexander Truschkat, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Angestellt in ARTHRO Medics AG, 4310 Rheinfelden, ab sofort

Simona Zacikova, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Angestellt in Kinderarztthaus Aarau, Bahnhofplatz 4, 5000 Aarau, ab sofort

Remy Zimmermann, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Remy Zimmermann, Luzernerstrasse 16, 5630 Muri, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Britta Diegelmann, Fachärztin für Neurologie, Leitende Ärztin in Psychiatrische Dienste Aargau AG, Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch, ab sofort

Michelle Egloff, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie, Mitglied FMH, Leitende Ärztin im Kantonsspital Baden, Im Ergel 1, 5404 Baden, ab sofort

Laurent Haegeli, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Chefarzt Kantonsspital Aarau, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort

Tobias Stegmann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leitender Arzt in PDAG, Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Nathalie Isabelle Caversaccio, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, HNO Praxis Bern West, Bümplizstrasse 77, 3018 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Meret Nora Bühler, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medicum Wesemlin AG, Landschauenstrasse 2, 6006 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Thomas Henkel, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, ab 01.04.2024 zu 10%, Küssnacht am Rigi Sz.

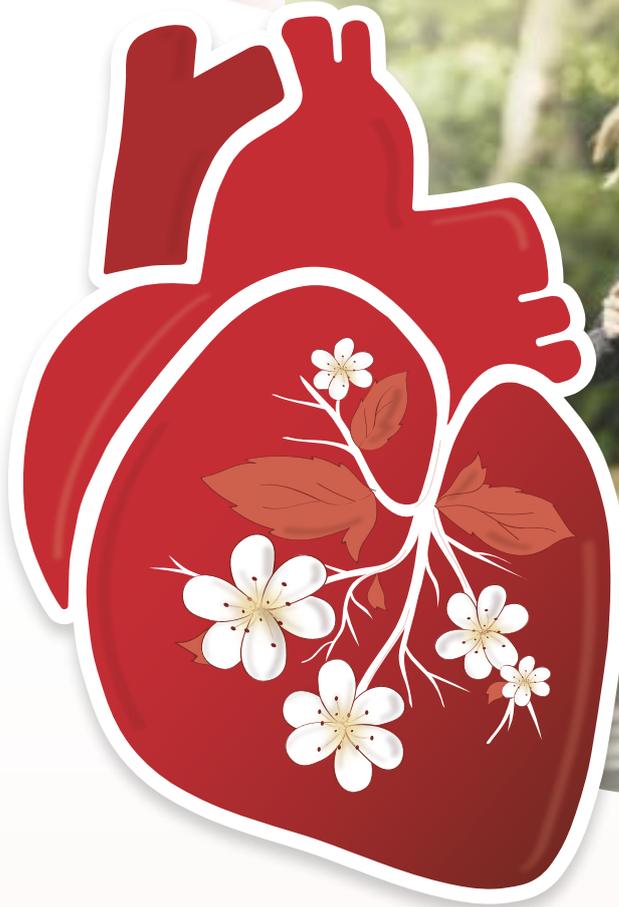
Kerstin Schneider, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs-

apparates, Mitglied FMH, Belegärztin AMEOS Spital Einsiedeln zu 100% ab 01.02.2024.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht[at]hin.ch.

Cardiplant® 450

Quantifizierter Weissdorn-Spezialextrakt WS® 1442



Stärkt das Herz^{1,2,3}

Beruhigt das Herz^{1,3,4}

Schützt das Herz^{1,3,5}

**Ein starkes Herz
für ein aktives Leben.**

Bei nervösen Herzbeschwerden¹

Kassenzulässig

Gekürzte Fachinformation Cardiplant® 450

Z: 1 FT enthält 450 mg Trockenextrakt aus Weissdornblättern mit Blüten (4–6,6:1), quantifiziert auf 71,6–97,0 mg oligomere Procyanidine. Auszugsmittel Ethanol 45% (m/m). **I:** Nervöse Herzbeschwerden wie rascher Puls, Herzklopfen, Herzstechen, Schwindelgefühl, Druck- und Beklemmungsgefühl in der Herzgegend. **D:** Erwachsene täglich 1–2 FT mit etwas Flüssigkeit. Bei der Einnahme von 2 FT empfiehlt es sich, morgens und abends je 1 FT zu nehmen. **KI:** Nicht anwenden bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sowie bei Überempfindlichkeit. **UEW:** Keine bekannt. **IA:** Keine bekannt. **S/S:** Keine klinische Daten vorhanden. **P:** 50 und 100 FT. **VK:** D, kassenzulässig. **ZI:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch

Referenzen

1 www.swissmedinfo.ch **2** Chatterjee et al. 2004. Crataegus special extract WS®1442 improves cardiac function and reduces infarct size in a rat model of prolonged coronary ischemia and reperfusion. Life Sci. Feb 27; 74(15): 1945–55. **3** Holubarsch et al. 2018. Benefit-Risk Assessment of Crataegus Extract WS®1442: An Evidence-Based Review. Am J Cardiovasc Drugs. Feb; 18(1): 25–36. **4** Koller et al. 2005. Weissdorn-Spezialextrakt in der Therapie früher Stadien der KHK-assoziierten Herzinsuffizienz. MMW Originalien; 147 (IV): 159–164. **5** Chatterjee et al. 1997. In vitro and in vivo studies on the cardioprotective action of oligomeric procyanidins in an Crataegus extract of leaves and blooms. Arzneimittelforschung, 47: 821–825.

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.

02/2022



**Schwabe
Pharma AG**
From Nature. For Health.



© Gaewöhnigmai / Dreamstime

Patientenzentrierung verbessert nachweislich die Verläufe und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Erfolgsfaktoren für ein patienten-zentriertes Spitalmanagement

Patientenzentrierung In Zeiten knapper Ressourcen wird die Erfüllung der Patientenbedürfnisse zur komplexen Herausforderung. Am Universitätsspital Basel wurde ein Modell entwickelt, um diese zu erkennen, das Fachpersonal zu sensibilisieren und die Leistung aus Patientensicht zu verbessern.

Mareike Ahlers^a; Katharina Rüter^b; Avital Ratnitsky^c; Benjamin Biesinger^d

^a Dr. oec., Geschäftsführerin Prof. Bruhn & Partner AG; ^b Dr. med., MBA, Ärztliche Direktorin Solothurner Spitäler AG; ^c Projektleitung Universitätsspital Basel; ^d Consultant bei Prof. Bruhn & Partner AG und Doktorand am Lehrstuhl für Dienstleistungsmanagement der Universität Hohenheim

Das Gesundheitswesen sieht sich mit einer zunehmenden Ressourcenknappheit konfrontiert [1] und reagiert unter anderem mit Kostenoptimierung und neuen Managementsystemen [2]. Unter diesen Bedingungen gilt es, für die Patientinnen und Patienten die bestmögliche medizinische Leistung im Verhältnis zu den begrenzten Ressourcen zu erbringen – insbesondere, da gleichzeitig auch ihr Anspruch steigt [3, 4]. Vor diesem Hinter-

grund gewinnt die Patientenzentrierung zunehmend an Bedeutung. Patientenzentrierung bedeutet die Erbringung der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse [5] und verbessert nachweislich die Verläufe und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten [6].

Um Patientenbedürfnisse zu identifizieren und die Gesundheitsversorgung patientenzentriert auszurichten, spielen Patientenbefragungen

eine wichtige Rolle [7, 8]. Während standardisierte Erhebungen die (Un-)Zufriedenheit messen, ermöglichen qualitative Befragungen die Erhebung konkreter Bedürfnisse und Erfahrungen und damit die Identifikation von Verbesserungspotenzialen zur Steuerung qualitätsrelevanter Prozesse [8, 9]. In Ergänzung zu den Patient-reported Experience Measures (PREMs) [10] stellen qualitative Befragungen das individuelle Erleben der Patientenzentrierung durch

die Betroffenen in den Mittelpunkt. Während PREMs ein quantitatives Monitoring der Patientenerfahrungen ermöglichen, bieten strukturierte Interviews detaillierte Einblicke in individuelle Einflussfaktoren, die eine gezielte Ursachenanalyse unterstützen.

Die Fachkompetenz der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals stellt die Basis für die Patientenzentrierung dar.

Das Patientenzentrierte Management des Universitätsspitals Basel und die Strategieberatung bruhnpartner führten 2019 gemeinsam eine Patientenbefragung mit 100 Teilnehmenden durch. Ziel der Studie war es, herauszufinden, welche Bedürfnisse zu erfüllen sind, damit sich die Betroffenen während ihres Aufenthalts im Zentrum des Geschehens fühlen. Ein interdisziplinäres Expertenteam aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Organisationswissenschaften entwickelte darauf aufbauend ein Erfolgsfaktorenmodell der Patientenzentrierung. Im Jahr 2021 wurde eine Folgerhebung mit 50 Patientinnen und Patienten durchgeführt, um das Modell zu prüfen und das Verständnis der Patientenzentrierung weiter zu schärfen.

Patienten-Empowerment

Das Erfolgsfaktorenmodell der Patientenzentrierung am Universitätsspital Basel umfasst sieben Erfolgsfaktoren und 35 Handlungsfelder (Abbildung 1). Diese werden im Folgenden näher erläutert.

1. Fachliche Kompetenz stellt die Basis für die Patientenzentrierung dar. Aus Sicht der Betroffenen geht es dabei in erster Linie um die Fachkompetenz der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals wie auch um die (moderne) medizinische und diagnostische Ausstattung. Fachkompetenz wird zudem an der Intensität der medizinischen Abklärung bemessen.
2. Engagiertes und freundliches Personal wird von Patientinnen und Patienten besonders geschätzt, gerade angesichts der Herausforderungen im Spitalalltag. Eine positive Ausstrahlung und Fragen nach Befindlichkeiten vermitteln das Gefühl, dass das Personal mit Herzblut bei der Sache ist und versucht, die Betroffenen Herausforderungen wie Zeitdruck und hektik nicht spüren zu lassen.
3. Die Wertschätzung als Mensch ist ein wichtiges Anliegen und bedeutet, dass die Betroffenen als Individuen mit spezifischen Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen werden. Dies kann sich auf individuelle Anpassungen der Behandlungen beziehen oder darauf, dass sie mit ihrem Namen angesprochen werden und sich nicht als «anonyme Nummer» fühlen. Für

viele bedeutet Patientenzentrierung zudem, dass sich das Behandlungsteam trotz Zeitdruck die notwendige Zeit nimmt, aktiv zuhört und nachfragt.

4. Patienten-Empowerment beschreibt die ehrliche und transparente Kommunikation des Behandlungsverlaufs und die Aufklärung über medizinische Entscheidungen und Alternativen. Es ist ein Bedürfnis der Patientinnen und Patienten, ehrlich und transparent über die Behandlung und Prognose informiert zu werden. Sie wollen bei der Planung ihrer Behandlung mitreden und Entscheidungen – soweit möglich – gemeinsam mit dem Gesundheitspersonal treffen. Dies kann nur gelingen, wenn komplexe Sachverhalte in der Sprache der Betroffenen verständlich dargestellt werden. Dabei wird eine ganzheitliche Betrachtung gewünscht, um die Betroffenen mit allen Facetten wahrzunehmen. Das Erfragen des psychischen Befindens und der Einbezug von Angehörigen ist Teil davon.
5. Individueller Patientenfluss bezieht sich auf Themen entlang des Patientenpfades. Die Befragten betonen Flexibilität bei Terminen und kurze Wartezeiten. Während Wartezeiten zwischen den Behandlungen toleriert werden, werden sie insbesondere rund um den Austrittsprozess als störend und vermeidbar empfunden. Für einen reibungslosen Patientenfluss vom Eintritt bis zum Austritt spielen weiterhin die Verfügbarkeit, die Lage von Parkplätzen sowie



Abbildung 1: Erfolgsfaktorenmodell der Patientenzentrierung am Universitätsspital Basel.

Organisationen

die Signaletik, zum Beispiel ein Farbleitsystem auf dem Boden, eine Rolle.

6. Klarheit und Verbindlichkeit sind weitere zentrale Erfolgsfaktoren. Dies betrifft unter anderem den Informationsaustausch des Personals untereinander und gegenüber den Patientinnen und Patienten. Eine Vielzahl der Betroffenen erwartet interprofessionelle und interdisziplinäre Behandlungsteams, die über ihre ganze Situation informiert sind. Die Betroffenen dürfen zudem nicht das Gefühl haben, dass sie für den Informationsfluss (zum Beispiel zwischen dem Fachpersonal oder auch mit Zuweisenden) zuständig sind. Vor allem bei einem Wechsel der Ansprechpersonen ist die Informationsweitergabe zwischen dem Fachpersonal und die Kommunikation eines klaren Ansprechpartners entscheidend. Die proaktive Information der Patientinnen und Patienten über den Ablauf einer Behandlung und darüber hinaus ist zudem entscheidend, um negative Umstände (zum Beispiel aussergewöhnliche Wartezeiten) besser zu akzeptieren. Die Einhaltung von Terminen und Vereinbarungen stellt überdies einen Basisfaktor dar.

7. Wohlfühlen bezeichnet alle Handlungsfelder, die neben dem (medizinischen) Patiententyp bestehen. Hierzu zählen insbesondere Sauberkeit und Pflegeequipment, Qualität und Auswahl des Essens, ansprechende Räumlichkeiten und Infotainment. Ebenso sind emotionale Faktoren wie humorvolle und alltägliche Gespräche, die den Spitalalltag erleichtern, wichtig. Darüber hinaus beeinflussen soziale Faktoren das Wohlbefinden. Für viele Patientinnen und Patienten sind eine wertschätzende kollegiale Zusammenarbeit des Personals sowie konstante Behandlungsteams zentral, damit sie Vertrauen aufbauen können. Ebenfalls zeigte sich, dass die Betroffenen psychologische Unterstützung in den Beziehungen zu Mitpatientinnen und -patienten suchen und dabei den Wert der sozialen Passung betonen.

Patientinnen und Patienten möchten ehrlich und transparent über Behandlung und Prognose informiert werden.

Ansatzpunkte für die Umsetzung

Die vorliegende Studie macht deutlich, welche Aspekte aus Patientensicht für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung entscheidend sind und welche konkreten Massnahmen zur Optimierung im jeweiligen Spital notwendig sind. Trotz der dynamischen Veränderungen im Gesundheitswesen bleiben die zentralen Erfolgsfaktoren der Patientenzentrierung über

die Untersuchungszeiträume (2019, 2021) konstant.

Die Studie bestätigt, dass die fachliche Kompetenz für Patientinnen und Patienten eine Grundvoraussetzung der Patientenzentrierung ist. Für eine erlebte Patientenzentrierung ist aber noch mehr erforderlich. Neben der fachlichen Kompetenz bildet die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit entlang des Patientenflusses eine zentrale Voraussetzung. Sie wirkt auf vielzählige Handlungsfelder und hat das Potenzial, einen wesentlichen Beitrag für eine erlebte Patientenzentrierung zu leisten. Hier zeigen unsere Erfahrungen, dass auf mehreren Ebenen Handlungen notwendig sind, um diesen Punkt zu beeinflussen.

Der Fokus sollte im Spital noch stärker auf eine interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit gelegt werden.

Auf Ebene des Verwaltungsrates und der Geschäftsleitung kann mit der Thematisierung von Prozessen ein neuer Schwerpunkt gelegt werden (Beispiele wie «Time-to» Kennzahlen). Auf Ebene der Kliniken kann die Führung die Wichtigkeit auf die Arbeitsorganisation legen. Strukturierte, interprofessionelle Austausche (zum Beispiel Huddles) können multiple Störungen im Tagesverlauf verhindern und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen fördern. Auch Tools wie Visualisierungen werden in den meisten Kliniken noch nicht umfassend verwendet, obwohl diese die Arbeit beschleunigen und vereinfachen können. Diverse Projekte zur Minderung von «Verschwendungen» im Arbeitsalltag (zum Beispiel Wartezeiten oder Suchvorgänge) versprechen hierbei eine Verbesserung in der Handlungsfähigkeit für die beteiligten Berufsgruppen. Weitere Projekte zur Optimierung des Skill-Grade-Mixes auf den Stationen tragen dazu bei, Doppelspurigkeiten zu vermindern und attraktivere Berufsbilder zu bilden. Hier stehen wir erst am Beginn der Entwicklung.

Insgesamt sollte daher neben den finanziellen Vorgaben und klassischen Qualitätszielen der Fokus im Spital noch stärker auf eine (interprofessionelle und interdisziplinäre) Zusammenarbeit gelegt werden. Bei erfolgreicher Umsetzung trägt diese wiederum positiv zur Erreichung von Qualitätsvorgaben bei und hat schliesslich einen positiven finanziellen Effekt [11].

Entscheidend wäre in einem nächsten Schritt zum einen eine Ausweitung der Untersuchung über einen längeren Zeitraum, um die Beeinflussbarkeit der Faktoren durch Massnahmen

zu eruieren. Zum anderen wäre eine Ausweitung der Untersuchungsobjekte notwendig, um die Faktoren für unterschiedliche Spitäler zu verifizieren. Wir laden daher interessierte Spitäler und Fachkräfte herzlich ein, sich mit uns in Verbindung zu setzen, um die Erkenntnisse dieser Studie zu vertiefen oder weitere Untersuchungen in diesem Kontext zu initiieren.

Korrespondenz

mareike.ahlers[at]bruhnpartner.com
katharina.ruether[at]spital.so.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

SWISS MEDICAL FORUM

Seit 2001 veröffentlicht das SMF praxisorientierte Beiträge aus dem gesamten Spektrum der Medizin. Es ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Das SMF ist Mitglied von COPE und erfüllt die Kriterien des SIWF an ein Journal mit Peer-Review.

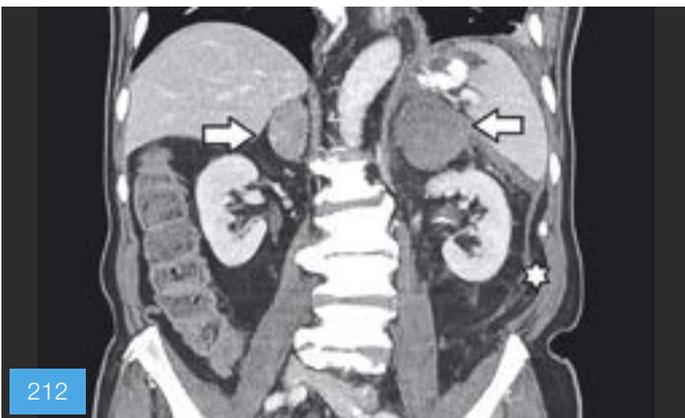


210

Zervixkarzinomvorsorge: HPV-Screening versus Zytologie

Positionspapier 2019 veröffentlichte die Schweizerische Gesellschaft für Zytologie an dieser Stelle ein Positionspapier über die mögliche Verwendung von Tests zum Nachweis von humanen Papillomviren als primäre Screening-Methode für Gebärmutterhalskrebs. Dieses Update nun führt neue Elemente in die Debatte ein. Die vormaligen Bedenken behalten jedoch ihre Gültigkeit.

Sophia Taylor, Jessica Barizzi et al.



212

Weitreichende Folge eines Infekts in Panzytopenie

Quiz Die notfallmässige Vorstellung des 79-jährigen Patienten erfolgte bei progredienten Unterbauchschmerzen sowie fehlender Miktion seit einem Tag. Die Anamnese des Patienten ergab ein ossär, hepatisch und pulmonal metastasiertes, kastrationsrefraktäres und Chemotherapie-resistentes Prostatakarzinom.

Valerie Will, Regula Fankhauser, Gregor Lindner



218

Seltene Komplikation einer Agenesie der Vena cava superior

Erster berichteter Fall Eine 35-jährige Asylsuchende somalischer Herkunft, die seit einem Monat in der Schweiz lebt, sucht wegen einer chronischen, hämodialysepflichtigen Niereninsuffizienz das Hämodialysezentrum des Spitals auf. Ansonsten zeigt sie keine Symptome.

Lisa E. Gamble, Pietro Ricciardi et al.

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr. med. Lars C. Huber; Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Asymptomatische Bakteriurie

Hämatogene Streuung selten

Eine asymptomatische Bakteriurie (ASB) soll nicht behandelt werden. Dennoch werden hospitalisierte Patientinnen und Patienten mit ASB oft antibiotisch therapiert, vor allem wenn sie zerebral verändert oder somnolent sind. Wie häufig ist ASB die Quelle für eine Bakteriämie? Von 11 590 Hospitalisierten mit ASB hatten lediglich 161 (1,4%) eine Bakteriämie, die von der Blase stammte. 8364 (72,2%) erhielten empirische Antibiotika wegen ihrer Bakteriurie (!). 2126 ASB-Betroffene waren ohne Infektzeichen zerebral verändert. Nur 17 (0,7%) davon hatten eine Bakteriämie aus der Blase. Die Daten bekräftigen die Richtlinie, eine ASB nicht zu behandeln, da eine hämatogene Streuung aus einer ASB selten ist, sogar wenn eine zerebrale Veränderung vorliegt.

JAMA Netw Open. 2024.
doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.2283.
Verfasst am 14.3.2024_MK

Subklinische Hypothyreose

Hohe spontane Reversibilitätsrate

Eine subklinische Hypothyreose (sH) ist definiert durch eine erhöhte Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH) bei normalem Thyroxin (T4). Sie ist die Vorstufe einer klinischen Hypothyreose, doch oft normalisiert sie sich spontan. Eine Studie mit Schweizer Beteiligung untersuchte Häufigkeit und begünstigende Faktoren der Normalisierung einer sH. Von 2335 Personen >65 Jahre mit sH normalisierte sich das TSH bei 60,8% innerhalb eines Jahres, nach einem zusätzlichen Jahr bei weiteren 39,9%. Mit Normalisierung assoziiert waren jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, tiefere TSH- und höhere T4-Konzentrationen sowie die Absenz von Peroxidase-Antikörpern. Es ist ratsam, eine sH vorerst zu beobachten, da eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Reversibilität besteht.

J Clin Endocrinol Metab. 2023,
doi.org/10.1210/clinem/dgad623.
Verfasst am 14.3.24_MK

Verschreibungskaskade

Kalziumkanalblocker-Diuretika

Eine lästige Nebenwirkung der Kalziumkanalblocker (CKB) sind Beinödeme. Diese entstehen durch eine arteriöle Vasodilatation, weshalb Diuretika wenig wirksam sind. Dennoch wird die «CKB-Diuretika-Kaskade» oft verschrieben. In einer Beobachtungsstudie wurden bei 39 347 >65-Jährigen mit Hypertonie ohne Herzinsuffizienz CKB verordnet. Bei 1866 (4,8%) erfolgte innerhalb von drei Monaten die Verschreibung eines neuen Diuretikums. Diese Gruppe verglich man mit gepaarten Kontrollen ohne Diuretikum. Der Endpunkt Notfallbesuch + Hospitalisation + Tod wurde in den drei Folge-monaten 1,2× signifikant häufiger in der Diuretika-Gruppe registriert. Diese Assoziation erinnert, dass Verschreibungskaskaden die Polypharmazie und damit neue Nebenwirkungen begünstigen.

J Am Geriatr Soc. 2024, doi.org/10.1111/jgs.18683.
Verfasst am 16.3.24_MK

CME

DOAK: wann ja, wann nein?

- Die direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) haben gegenüber den Vitamin-K-Antagonisten (VKA) zwei Vorteile: einfache orale Dosierung mit Fixdosis, keine routinemässigen Gerinnungskontrollen.
- Obwohl DOAK die VKA für wichtige Indikationen abgelöst haben, ist die DOAK-Wirksamkeit für verschiedene Situationen (noch) nicht etabliert. Nur randomisiert kontrollierte Studien mit Nachweis von «non-inferiority» liefern die Basis, DOAK den VKA vorzuziehen.
- Die in der Schweiz verwendeten DOAK sind die Faktor-Xa-Hemmer Apixaban (Eliquis®),

Rivaroxaban (Xarelto®) und Edoxaban (Lixiana®) sowie der Thrombinhemmer Dabigatran (Pradaxa®, Dabigatran Sandoz®).

- **DOAK ja:** Unbestrittene Indikationen für den Einsatz von DOAK anstelle von VKA sind Vorhofflimmern zur Verhinderung embolischer Events sowie venöse Thrombosen / Lungenembolien.
- **DOAK reduzieren:** Bei eingeschränkter Nierenfunktion muss die DOAK-Dosis reduziert werden. Bei einer Kreatinin-Clearance <15 ml/l sollen DOAK nicht eingesetzt werden.
- **DOAK Vorsicht:** Die Metabolisierung über Cytochrom P450 3A4 und das P-Glykoprotein führt zu zahlreichen Interaktionen, die stets im Voraus zu überprüfen sind. Beispiele für relevante Interaktionen: Clari-

thromycin, Azol-Antimykotika, Phenytoin, Carbamazepin, Johanniskraut.

- **DOAK nein:** Keine DOAK, sondern VKA bei mechanischen Herzklappen, Vorhofflimmern wegen Mitralklappenstenose sowie Antiphospholipidsyndrom.
- **DOAK nein:** In der Schwangerschaft und beim Stillen sind DOAK kontraindiziert.
- **DOAK unklar:** Die Wirksamkeit/Sicherheit der DOAK wurde noch nicht überzeugend gezeigt bei linksventrikulären Thromben, katheterinduzierten tiefen Venenthrombosen, Darm- und Zerebralvenenthrombosen.

J Am Coll Cardiol. 2024,
doi.org/10.1016/j.jacc.2023.10.038.
Verfasst am 17.3.24_MK

Medizingeschichte

Sir Anthony Epstein
(1921–2024)

Viren sind schätzungsweise für 15–20% aller Krebserkrankungen verantwortlich. Die Evidenz zu diesem Zusammenhang ist aber verhältnismässig jung: sie verdankt ihre Anfänge den Arbeiten von Prof. Anthony Epstein in den frühen 1960er Jahren. Epstein hat in Cambridge Medizin studiert, danach leistete er Militärdienst in Indien bei den Sanitätstruppen der Royal Army. Zurück in England arbeitete er als Pathologe und Virologe am Middlesex Hospital in London, schliesslich an der Universität in Bristol, wo er von 1969–1985 die Pathologie leitete. Seine wissenschaftlichen Studien begann Epstein mit Untersuchungen am «Rous Sarcoma Virus» – dessen tumor-induzierende Wirkung war im Tiermodell damals bereits bekannt.

Die Erfolgsgeschichte von Epstein beginnt mit einer Vorlesung von Denis Burkitt, einem irischen Chirurgen, der in Uganda tätig war und über seine Beobachtungen zur Häufung von sonderbaren zervikalen Tumoren bei Kindern in Zentralafrika berichtete («Burkitt-Lymphome»). Epstein war überzeugt, dass bei der Entstehung dieser Tumoren Viren beteiligt sind – seine Experimente dazu verliefen aber zwei Jahre lang frustrierend. Der Durchbruch gelang per Zufall: Der Flug mit einer weiteren Gewebeprobe aus Uganda musste wegen Nebel von London nach Manchester umgeleitet werden und die Probe kam erst mit einiger Verzögerung im Labor an. Makroskopisch wirkte sie verunreinigt – Epstein erkannte die Trübung aber als überschüssig proliferierende Tumorzellen. Eine elektronenmikroskopische Untersuchung – die entsprechende Technik hatte sich Epstein bei einem Forschungsaufenthalt am Rockefeller Institute in New York einige Jahre zuvor angeeignet – brachte die Entdeckung: den Nachweis von Virusstrukturen aus der Herpesfamilie. Die Resultate wurden 1964 im Lancet publiziert – und das Virus nach Epstein und seiner Doktorandin, Yvonne Barr, als Epstein-Barr-Virus (EBV) benannt. 1977 wurde EBV offiziell als Karzinogen anerkannt. Seine Rolle bei der Entstehung von Non-Hodgkin-Lymphomen – zum Beispiel im Zusammenhang mit AIDS oder als «posttransplant lymphoproliferative disorder» ist inzwischen unbestritten. Im vergangenen Februar ist Anthony Epstein in London im Alter von 102 Jahren verstorben.

www.nytimes.com/2024/03/06/science/anthony-epstein-dead.html

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q515.

Verfasst am 13.3.24_HU, auf Hinweis von Dr. med. Sabine Dinges, Zürich

Immunologie

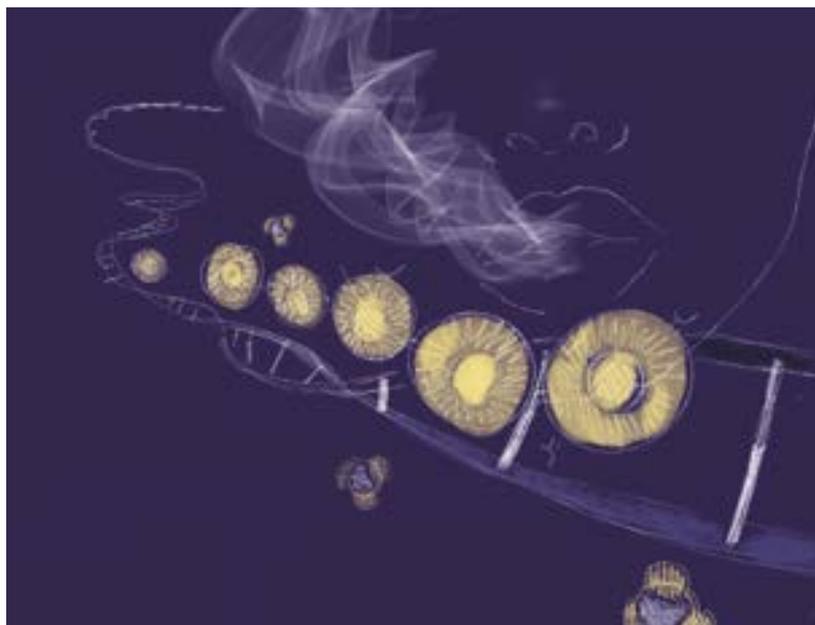


Illustration by Betsy Golic (DrawinScience) © Institut Pasteur

Rauchen beeinträchtigt die Immunantwort längerfristig.

Rauchen: Langzeiteffekte auf Immunantwort

Alter, Geschlecht und genetischer Hintergrund sind wesentliche Determinanten der Immunantwort. Welche anderen Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle? Dieser Frage geht das «Milieu Intérieur Projekt» nach – mit den Daten einer Kohorte von 1000 gesunden Probandinnen und Probanden im Alter von 20–69 Jahren, je 100 Frauen und Männer aus jeder Dekade.

Forschende am Institut Pasteur in Paris haben dazu Blutproben mit verschiedenen Pathogenen («Immagonisten») versetzt: unter anderem mit *Escherichia coli*, Influenza, *Candida* – die vor allem die angeborene Immunität («innate immunity») stimulieren – und mit B-/T-Zell-Aktivatoren (z.B. mit Staphylokokken-Superantigenen), die auf die erworbene Immunantwort («adaptive immunity») und Memory-Zellen wirken. Nach rund 24 Stunden wurden die Konzentrationen von inflammatorischen Zytokinen und Chemokinen gemessen und die Resultate anschliessend mit 136 verschiedenen Variablen korreliert: unter anderem Body Mass Index (BMI), Schlafdauer, körperliche Aktivität, Impfstatus. Drei Faktoren stachen am Ende heraus: Rauchstatus, BMI und eine latente Infektion mit Zytomegalieviren.

Bei aktiv Rauchenden zeigte sich überdies: beide Formen der Immunantwort – «innate» und «adaptive» – sind beeinträchtigt. Nach Rauchstopp normalisiert sich die Antwort der «innate immunity» und damit die überschüssige Inflammation prompt – die Effekte auf die B- und T-Zell-Gedächtniszellen persistieren aber auch bis 15 Jahre danach. Die Unterschiede zwischen rauchenden und nicht rauchenden Personen scheinen epigenetisch bedingt zu sein: konkret durch Hypomethylierungen der DNA in den entsprechenden Genabschnitten, was zu einer vermehrten Transkription führt. Als Beispiel: Anzahl Jahre und Menge an konsumierten Zigaretten («packyears») korrelieren negativ mit der DNA-Methylierung des Interleukin-2-Gens – es finden sich nach Stimulation der adaptiven Immunantwort dann entsprechend hohe Zytokinwerte.

Es liegen damit erste Daten vor, dass Rauchen immunologische Langzeiteffekte auf B- und T-Lymphozyten hat – und diese auch Jahre nach Rauchstopp noch persistieren. Diese Resultate haben Implikationen nicht nur für die Prädisposition gegenüber Infekten, sondern auch für Karzinogenese und die Entwicklung von Autoimmunität.

Nature. 2024, doi.org/10.1038/s41586-023-06968-8.

Verfasst am 15.3.24_HU

Aktualisiertes Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Zytologie

Zervixkarzinomvorsorge: Was ist neu?

Dieses Update der Stellungnahme von 2019 der Schweizerischen Gesellschaft für Zytologie führt neue Elemente in die Debatte «primäres HPV-Screening versus Zytologie» ein. Die vormaligen Bedenken behalten jedoch ihre Gültigkeit.

Dr. med. Sophia Taylor^a; Dr. med. Jessica Barizzi^b; Dr. med. Ines Raineri^c; Dr. med. Massimo Bongiovanni^d; PD Dr. med. Pierre Mainil-Varlet^e

^a Service d'Histocytopathologie, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion; ^b Istituto Cantonale di Patologia, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Locarno;

^c Institut Arnaboldi AG, MEDISYN SA, Winterthur; ^d MEDISYN SA, Lausanne; ^e Cytopath – Unilabs, Carouge

Einleitung

Im Jahr 2019, nach der Veröffentlichung neuer Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) [1], veröffentlichte die Schweizerische Gesellschaft für Zytologie (SGZ) in dieser Fachzeitschrift ein Positionspapier über die mögliche Verwendung von Tests zum Nachweis von humanen Papillomviren (HPV) als primäre Screening-Methode für Gebärmutterhalskrebs [2]. Im August 2021 publizierte das nationale Expertengremium für Früherkennung (Cancer Screening Committee), das im Rahmen der «Nationalen Strategie gegen Krebs» eingerichtet wurde, Empfehlungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs [3] und empfahl, dass die Zytologie weiterhin als Screening-Tool für Frauen im Alter zwischen 21 und 29 Jahren verwendet werden sollte, gefolgt von einem primären HPV-Test zwischen 30 und 70 Jahren (mit zytologischer Triage bei Bedarf) alle drei Jahre. Es wurde auch empfohlen, dass HPV-Tests von der Grundversicherung als Teil der Früherkennung abgedeckt werden sollten. Wo stehen wir jetzt?

Dieser Artikel gibt nicht unbedingt die Ansicht der SMF-Redaktion wieder. Der Inhalt untersteht der redaktionellen Verantwortung der unterzeichnenden Gesellschaft bzw. Arbeitsgruppe; vorliegend handelt es sich um die Schweizerische Gesellschaft für Zytologie (SGZ).

Aktuelle Situation in der Schweiz

Nach den neuesten Statistiken (2022) bleiben Inzidenz- (4,93/100 000) und Mortalitätsrate (1,25/100 000) von Gebärmutterhalskrebs in der Schweiz sehr niedrig [4]. Im internationalen Vergleich hat die Schweiz die niedrigste Inzidenzrate in der westlichen Welt und eine der niedrigsten weltweit [5].

Die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung in der Schweiz ist immer noch opportunistisch, das heisst, es handelt sich nicht um ein zentral organisiertes System: Es beruht darauf, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen ein Screening empfehlen oder Frauen eine Untersuchung anfragen. Ein zytologischer Screening-Test wird von der Grundversicherung alle drei Jahre erstattet. Die Ergebnisse der Gesundheitsumfrage des Bundesamtes für Statistik von 2017 [6] zeigten deutliche Unterschiede in der Teilnahme am Screening: 60% der Frauen hatten in den letzten zwölf Monaten eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht, 22% zwischen ein und drei Jahren zuvor und die verbleibenden 18% mehr als drei Jahre zuvor oder gar nicht. Daraus können wir schliessen, dass 18% der Frauen in der Schweiz, möglicherweise mehr, nicht regelmässig am Screening teilnehmen.

In der Schweiz werden fast alle Gebärmutterhalskrebs-Screening-Tests mit Dünnschichtzytologie («liquid-based cytology» [LBC]) durchgeführt. Diese Methode wird seit 25 Jahren verwendet und weist im Vergleich zu konventionellen Papanicolaou-(PAP-)Abstrichen viele Vorteile auf: zum Beispiel zeigt sie eine höhere Sensitivität, ergibt eine niedrigere Anzahl von

nicht repräsentativen Abstrichen, ermöglicht die Testung auf Pathogene (z.B. HPV, Herpes oder Chlamydien) aus demselben Probenmaterial und erleichtert das Durchmustern der Abstriche. Letzteres ermöglicht sogar computerassistiertes Vorscreening zuerst mittels einer Bilderkennungs-Software und neuerdings auch künstlicher Intelligenz. Die Technologie zur zytologischen Analyse von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen hat sich somit seit ihrer Einführung in den 1920er Jahren erheblich weiterentwickelt und tut dies auch weiterhin.

Das Gebärmutterhalskrebs-Screening mit LBC basiert derzeit auf visueller Ablesung – mit oder ohne computerassistiertes Vorscreening – durch hochqualifiziertes und spezialisiertes Personal, Zytotechnikerinnen und -techniker sowie Zytopathologinnen und -pathologen. Die Schweiz verfügt über eine ausgezeichnete Expertise auf diesem Gebiet.

Die meisten Studien, welche die Überlegenheit des HPV-Tests gegenüber der Zytologie als Screening-Test zeigen, wurden mit konventionellen Abstrichen unter unbekanntenen Qualitätskontrollbedingungen durchgeführt. Es wäre daher unklug, Daten aus diesen Studien direkt auf die Situation in der Schweiz zu übertragen.

Neue Daten aus Studien

In den Niederlanden, wo das Screening organisiert, zentralisiert und sorgfältig dokumentiert ist, fand der Wechsel vom Zytologie-basierten zum primären HPV-Screening bereits 2017 statt. Es ist interessant, sich deren veröffentlichten

Ergebnisse anzusehen. Einige sind sehr ermutigend, wie eine erhöhte Erkennungsrate für präkanzeröse Vorstufen («cervical intraepithelial neoplasia» [CIN] 3) und invasive Karzinome [7].

Andere sind weniger ermutigend, insbesondere ein Rückgang der Screening-Teilnahme, der zunächst auf Probleme bei der Umsetzung der neuen Strategie zurückgeführt wurde, aber seitdem weiterhin anhält [8], trotz der Möglichkeit der Selbstentnahme.

Die niederländischen Autorinnen und Autoren berichten zudem, dass die Rate klinisch nicht signifikanter Diagnosen (\leq CIN1) beim primären HPV-Screening um das 2,2-Fache höher ist als beim zytologischen Screening, während die Rate klinisch signifikanter Diagnosen (CIN2+) nur um das 1,3-Fache höher ist [7, 9]. Dies unterstreicht die enorme Bedeutung der gewählten Triage-Strategie zur Bewältigung positiver HPV-Ergebnisse.

In den Niederlanden werden Selbstentnahme-Kits angeboten, um nicht ausreichend untersuchte Frauen zu erreichen, eine Strategie, die in einer Reihe von Studien gute Ergebnisse erzielt hat. Die landesweite Umsetzung der Selbstentnahme war sehr erfolgreich: 30% der Frauen im Alter von >30 Jahren, die diese Option wählten, waren zuvor noch nie untersucht worden [10]. Die Rate der HPV-Positivität und der Erkennung von Krebsvorstufen, CIN2 und CIN3, sind jedoch bei diesen Proben niedriger als in Proben, die von ärztlichem Personal entnommen wurden [10], aus Gründen, die noch zu klären sind.

Darüber hinaus zeigte eine kleine Studie, die 2017 [11] in der Schweiz durchgeführt wurde, keine höhere Teilnehmerate bei Frauen, denen die Selbstentnahme angeboten wurde. Diese Frauen waren zudem zurückhaltender, nach einem positiven HPV-Ergebnis eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufzusuchen. Die potentielle Rolle der Selbstentnahme beim Zervixkarzinom-Screening – insbesondere im Hinblick auf die nicht ausreichend untersuchte Bevölkerung – und die Zuverlässigkeit der erzielten Ergebnisse sind demnach noch nicht vollständig geklärt.

Andere veröffentlichte Arbeiten haben sich auf invasive Zervixkarzinome konzentriert, die bei einem HPV-Test negativ waren: bis zu 15,7% in einer kürzlich durchgeführten Studie [12]. Einige seltene Subtypen von Gebärmutterhalskrebs sind nicht mit dem Vorhandensein von HPV assoziiert, daher sind einige HPV-negative Krebserkrankungen selbst mit einem validierten HPV-Test zu erwarten. HPV-negative Zervixkarzinome haben eine schlechtere Prognose als HPV-positive Karzinome [13]. Obwohl diese viel seltener sind, wäre es bedauerlich, eine Screening-Strategie zu wählen, die sie a priori nicht erkennen kann.

Viel besorgniserregender im Hinblick auf das Gesundheitswesen ist der Anteil von Plattenepithelkarzinomen (der häufigsten Art des Zervixkarzinoms), die mit einem HPV-Test während des Screenings nicht erkannt werden: bis zu 13,5% der Fälle in der oben aufgeführten Studie. In einer anderen Studie werden 22,9% angegeben [14]. Dies ist deutlich höher als der Anteil, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [15] nennt: 5–7%. Diese WHO-Zahlen beziehen sich auf Fälle, die umfangreichen Labortests unterzogen wurden, einschliesslich der Sequenzierung zum Nachweis des viralen Genoms. Die hier zitierten Studien beschreiben dagegen Screening-Kohorten, bei denen Proben nur einmal und mit einem einzigen Test getestet werden, und stellen somit «Real-Life-Bedingungen» dar.

Schlussfolgerung

Wir bringen hier einige neue Gesichtspunkte in die Debatte «primäres HPV-Screening versus Zytologie» ein. Die Bedenken, die wir in unserem ersten Positionspapier von 2019 [2] vorgebracht haben, sind jedoch nach wie vor gültig. Zur Erinnerung:

Alle Studien, die die Überlegenheit des primären HPV-Screenings gezeigt haben, wurden innerhalb eines organisierten Screening-Systems durchgeführt – ein Konzept, das in den aktuellen europäischen Empfehlungen aufgegriffen wird [16] – und nicht in einem opportunistischen Screening wie dem unserem, in dem der Vorteil noch zu beweisen ist.

Es wird nicht empfohlen, HPV-Tests als primäre Screening-Strategie mit einem Intervall von drei Jahren zu verwenden. Das Intervall sollte auf fünf Jahre verlängert werden [16, 17]. Da HPV-Tests viel sensitiver sind als die Zytologie – sie detektieren das Vorhandensein des Virus, nicht die Läsionen, die es verursacht –, generieren sie mehr positive Ergebnisse und erfordern zusätzliche Triage-Untersuchungen, um mögliche präkanzeröse Läsionen zu identifizieren. Diese höhere Sensitivität kann durch die Verlängerung des Screening-Intervalls ausgeglichen werden.

Das primäre HPV-Screening ist nur kosteneffektiv, wenn das Screening-Intervall auf fünf Jahre verlängert wird. Da HPV-Tests immer noch deutlich teurer sind als die Dünnschichtzytologie, werden die Kosten steigen, falls das Screening nicht strikt auf einen Test alle fünf Jahre beschränkt ist – was nur in einem organisierten Screening-System möglich ist. Die zusätzlichen Triage-Tests und -Untersuchungen verursachen ebenfalls Kosten zusätzlich zum Preis des Tests.

Letztlich stellt die Nichtteilnahme am Screening die grösste Herausforderung dar, denn die nicht untersuchte (oder nicht mehr unter-

suchte) Bevölkerung hat ein höheres Risiko, an einem Zervixkarzinom zu erkranken, das zudem wahrscheinlich in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird. Ob die Nichtteilnahme auf soziale Isolation, Sprachbarrieren, kulturelle Gründe, hohes Alter, körperliche Behinderung oder andere Ursachen zurückzuführen ist, die Einführung des primären HPV-Screenings wird diese Situation wahrscheinlich nicht beeinflussen.

Um die Korrespondentinnen und Korrespondenten zu zitieren, die eine Antwort [18] auf unser erstes Positionspapier [18] geschrieben haben, einschliesslich Mitglieder der AKOL (SSGO-Kolposkopie-Arbeitsgruppe): «... in diesem Kontext [dieser Vorbehalte] müssen die Empfehlungen der SSGO als experimentell und flexibel verstanden werden und erfordern eine Neubewertung, sobald die genannten Vorbehalte aufgehoben sind.» Wir können nur hoffen, dass sie eines Tages aufgehoben werden.

Das Zervixkarzinom-Screening in der Schweiz, obwohl opportunistisch, ist ausgezeichnet und kostengünstig. Frauen nehmen bereitwillig daran teil; Gebärmutterhalskrebs ist selten. Eine Änderung unserer aktuellen Screening-Strategie sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn sie keine höheren Kosten im Gesundheitswesen verursacht und Frauen in der Schweiz noch besser vor Gebärmutterhalskrebs schützt.

Korrespondenz

Dr méd. Sophia Taylor
Service d'Histocytopathologie
Institut Central des Hôpitaux (ICHV)
Hôpital du Valais
Av. Grand-Champsec 86
CH-1950 Sion
sophia.taylor[at]hopitalvs.ch

Conflict of Interest Statement

ST ist Präsidentin, JB und IR sind Past-Präsidentinnen der Gesellschaft für Zytologie (SGZ). Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter:
<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1409228150>.



Dr. med. Sophia Taylor
Service d'Histocytopathologie,
Institut Central des Hôpitaux,
Hôpital du Valais, Sion

Seltene Komplikation

Weitreichende Folge eines Infekts in Panzytopenie

Dr. med. Valerie Will^a; Dr. med. Regula Fankhauser^a; Prof. Dr. med. Gregor Lindner^b^a Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Notfallmedizin, Bürgerspital Solothurn, Solothurn; ^b Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern, Bern

Fallbeschreibung

Die notfallmässige Vorstellung des 79-jährigen Patienten erfolgte bei progredienten Unterbauchschmerzen sowie fehlender Miktion seit einem Tag. Die Anamnese des Patienten ergab ein ossär, hepatisch und pulmonal metastasiertes, kastrationsrefraktäres und Chemotherapie-resistentes Prostatakarzinom. Im Rahmen der ossären Metastasierung war es zu einer Knochenmarksinsuffizienz mit einer Panzytopenie gekommen.

Auf der Notfallstation sahen wir einen hämodynamisch stabilen, afebrilen Patienten mit indolentem Abdomen. Bei sonographisch sichtbar gefüllter Harnblase wurde von einem Harnverhalt ausgegangen und ein Dauerkatheter eingelegt. Eine Hyponatriämie wurde im Rahmen einer Hypovolämie gewertet. Der Patient wurde zur Rehydratation stationär aufgenommen.

Im Verlauf verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Patienten. Er klagte über zunehmende Abgeschlagenheit, Emesis sowie abdominelle Beschwerden. Klinisch sahen wir einen febrilen (39,0 °C), tachykarden (109/min), hypotonen (94/49 mm Hg), vigilanzgeminderten (Glasgow Coma Scale [GCS] 13) Patienten mit auskultatorischem Rasselgeräusch links basal. Die Laborwerte sind in Tabelle 1 abgebildet.

Aufgrund des Fiebers, der erhöhten Entzündungswerte sowie eines SOFA-Scores («sepsis-related organ failure assessment score») von 5 Punkten (Vigilanz, Hypotonie, Hyperbilirubinämie, Aggravation der Thrombozytopenie) gingen wir primär von einer Sepsis aus, asservierten Urin- und Blutkulturen und etablierten eine antibiotische Therapie mit Cefepim aufgrund der Neutropenie. Bei mit Vigilanzminderung und Emesis symptomatischer Hyponatriämie wurde eine Therapie mit 100 ml 3%iger Natriumchlorid-(NaCl)-Lösung etabliert.

Tabelle 1: Laborwerte des Patienten

Parameter	Einheit	Referenzbereich	Wert
Hämatologie			
Hämoglobin	g/l	137–165	81
Leukozyten	G/l	3,9–9,5	1,2
Neutrophile Granulozyten	G/l	1,5–5,7	0,4
Thrombozyten	G/l	140–360	20
Gerinnung			
International Normalized Ratio (INR)		0,85–1,15	1,3
Aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT)	sec	25,4–36,9	30,3
Fibrinogen	g/l	2–3,93	5,65
Chemie			
Natrium	mmol/l	136–145	115
Kalium	mmol/l	3,6–5,1	4,2
Osmolalität	mmol/kg	270–295	247
Kreatinin	µmol/l	64–104	61
Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR)	ml/min	>90	90
Bilirubin	µmol/l	<21	32
Aspartat-Aminotransferase (ASAT)	U/l	5–35	159
Alanin-Aminotransferase (ALAT)	U/l	<45	16
Alkalische Phosphatase (AP)	U/l	40–150	60
Gamma-Glutamyl-Transferase (GGT)	U/l	12–64	58
C-reaktives Protein	mg/l	<5,1	150,8
Urin-Diagnostik			
Urin-Natrium	mmol/l		131
Urin-Osmolalität	mmol/kg		581

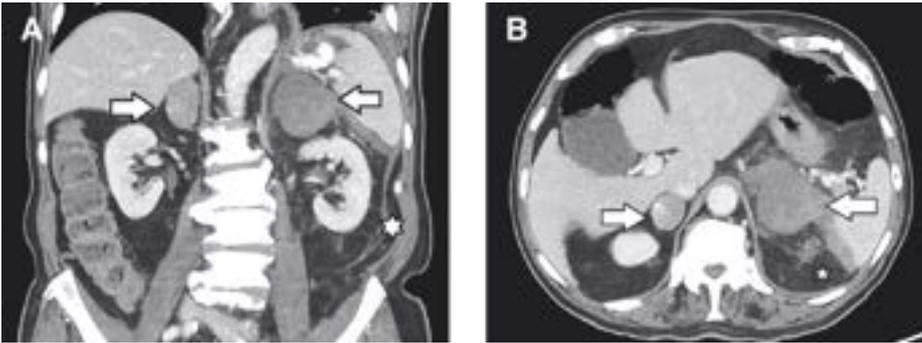


Abbildung 1: Computertomogramm des Abdomens, Koronar- (A) und Transversalschnitt (B): Inhomogen kontrastierte Raumforderung der linken Nebenniere (→) mit nach kaudal verlaufenden Flüssigkeitsstrassen (*) sowie eine etwa 3 cm grosse Raumforderung der rechten Nebenniere (→) mit hyperdensen Anteilen, im Sinne einer bilateralen Nebennierenhämorrhagie.

Frage 1

Welche Aussage zur Abklärung einer Hyponatriämie stimmt nicht?

- Zur Einteilung in eine hypo-, eu- oder hypervoläme Form sollte ein Volumenstatus erhoben werden.
- Es sollte die Bestimmung der Serum- und Urin-Osmolalität sowie des Urin-Natriums erfolgen.
- Bei erhöhter Serum-Osmolalität ist an eine Hyperglykämie zu denken.
- Ein erhöhtes Urin-Natrium passt zu einer Hyponatriämie bei einer Sepsis.
- Eine Normovolämie ist Diagnosekriterium eines Syndroms der inadäquaten ADH-(Antidiuretisches-Hormon-)Sekretion (SIADH).

Die Bestimmung des Volumenstatus sowie die Urindiagnostik gehören zur Abklärung einer Hyponatriämie. Eine erhöhte Serum-Osmolalität ist ein Hinweis auf osmotisch aktive Substanzen, bei unserem Patienten lag jedoch eine hypoosmolare Hyponatriämie vor. Bei hypotonem, tachykardem und febrilem Patienten gingen wir von einer hypovolämen Hyponatriämie bei Infekt aus. Die Urin-Diagnostik zeigte ein erhöhtes Urin-Natrium, was eher zu einem SIADH passen würde. Die Hypovolämie wäre jedoch ein Ausschlusskriterium, zudem müssten Ursachen wie eine Schilddrüsen-dysfunktion oder eine Nebennierenrindeninsuffizienz (NNRI) ausgeschlossen sein. Trotz der Urindiagnostik entschieden wir uns für eine Volumentherapie, zudem erfolgte eine Fokussuche. Der Urinstatus war unauffällig. Aufgrund der Immunsuppression entschieden wir uns für eine Computertomographie (CT) von Thorax, Abdomen und Becken. Dabei liess sich links basal ein Pleuraerguss mit angrenzenden Dys-telektasen sowie möglichem Infiltrat darstellen, weshalb wir von einem pulmonalen Fokus ausgingen. Abdominell zeigte sich ein auffälliger Befund der Nebennieren (Abb. 1).

Frage 2

Wie ist der Befund zu interpretieren?

- Bilaterale Nebennierenhämorrhagien (NNH)
- Nebennierenmetastasen
- Nebennierenadenome
- Nebennierenkarzinome
- Autoimmunadrenatitis

Der Befund war am ehesten als parainfektös sowie als im Rahmen der Thrombozytopenie aufgetretene NNH zu interpretieren. Tumoren sind differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen, womit jedoch die Flüssigkeitsstrassen sowie das akute Auftreten nicht erklärt wären. Bei einer Autoimmunadrenatitis wären die Nebennieren typischerweise normal gross oder atrophiert.

Frage 3

Von welcher Diagnose ist unter Einbezug sämtlicher Befunde auszugehen?

- Addison-Krise (AK)
- Sekundäre NNRI
- Hämorrhagischer Schock
- Durch die Befunde hinreichend erklärte Sepsis
- SIADH

Bei Hyponatriämie sowie bilateralen NNH interpretierten wir die Hypotonie, die Emesis sowie die Vigilanzminderung nicht nur im Rahmen des Infekts, sondern auch im Sinne einer beginnenden AK. Bei Pathologien der Nebenniere ist eine primäre NNRI vorliegend. Ein hämorrhagischer Schock wäre grundsätzlich möglich, die Hyponatriämie wäre dadurch jedoch nicht erklärt. Die Urindiagnostik mit erhöhtem Urin-Natrium sowie die Hypovolämie passen zu einer NNRI, womit die Diagnose eines SIADH nicht gestellt werden darf.

Frage 4

Welche Massnahme sollte bei Verdacht auf eine AK unmittelbar erfolgen?

- Ausführliche Diagnostik und Abwarten der Resultate vor Etablieren einer Therapie

- Sofortige Blutabnahme zur Bestimmung von Serum-Kortisol und adrenocorticotropem Hormon (ACTH) sowie Aldosteron/Renin im Serum, anschliessend Gabe von 100 mg Hydrocortison intravenös
- Wie bei b), jedoch Gabe von 125 mg Methylprednisolon
- Gabe von 30 mg Hydrocortison täglich
- Alleinige Volumentherapie

Eine AK bedarf einer sofortigen Therapie mit 100 mg Hydrocortison, fortgeführt in einer Dosierung von 200 mg pro Tag. Vor der ersten Gabe sollte die Blutabnahme zur Bestimmung von Serum-Kortisol und -ACTH erfolgen, zudem können Aldosteron und Renin zur Differenzierung einer primären von einer sekundären NNRI im Serum bestimmt werden. Methylprednisolon ist weniger mineralokortikoid wirksam und daher nicht die erste Wahl. Die Gabe von 30 mg Hydrocortison entspricht einer üblichen Erhaltungsdosis. Eine Volumentherapie soll ergänzend erfolgen.

Aufgrund der aktiven Blutung bei Thrombozytopenie erfolgten bei unserem Patienten die Transfusion von Thrombozyten- und Erythrozytenkonzentraten sowie die Gabe von 3 × 500 mg Tranexamsäure. Die Bestimmung des Gerinnungsstatus hatte eine diskrete Erhöhung der «International Normalized Ratio» (INR) sowie eine Hyperfibrinogenämie gezeigt. Letztere interpretierten wir im Rahmen des Infekts sowie des Tumorleidens als Akute-Phase-Reaktion. Der Allgemeinzustand und die Vigilanz des Patienten besserten sich im Verlauf deutlich und der Patient blieb hämodynamisch stabil. Das Natrium stieg an und normalisierte sich schliesslich. Die intravenöse Substitution mit Hydrocortison wurde auf 20 mg Prednisolon sowie 0,1 mg Fludrocortison umgestellt.

Frage 5

Welche Aussage stimmt in Bezug auf die Prognose?

- Die Therapie mit Hydrocortison kann abgeschlossen werden.
- Eine Dosisanpassung ist nicht mehr notwendig.
- Bei akutem Stress wie einer Operation muss die Dosis erhöht werden.
- Eine Erholung der Nebennieren ist wahrscheinlich.
- Aussagen a) und d) sind richtig.

Eine Erholung der Nebennieren ist in Anbetracht der bilateralen Einblutungen unwahrscheinlich, und der Patient bedarf einer lebenslangen Substitution mit Kortikoiden. Im Rahmen von Stress durch Infektionen, Traumata oder Operationen kommt es zu einem vermehrten Bedarf, und die Dosierung muss daher gesteigert werden.

Was ist Ihre Diagnose?

Die Entzündungswerte zeigten sich unter antibiotischer Therapie regredient, sodass diese nach fünf Tagen sistiert wurde. Urin- und Blutkulturen zeigten kein Wachstum. Eine Sepsis schien in Anbetracht der raschen Erholung sowie des fehlenden Keimnachweises als eher unwahrscheinlich, zumal die Parameter des SOFA-Scores auch durch die NNRI beeinflusst worden sein könnten.

Diskussion

Eine NNH stellt eine seltene Ursache einer primären NNRI dar [1–3]. Dabei führt eine Zerstörung der Nebenniere zu einer verminderten Produktion von Kortisol, Aldosteron sowie Androgenen [1–3]. Im Gegensatz dazu steht bei einer sekundären NNRI eine Pathologie der Hypophyse im Vordergrund [1–3]. Im Folgenden wird auf die primäre NNRI eingegangen. Die autoimmune Genese, isoliert oder bei einem autoimmunem polyglandulären Syndrom, stellt die häufigste Ursache einer primären NNRI dar [2]. Weitere Ursachen sind infiltrative Erkrankungen wie Sarkoidose, Amyloidose oder Hämochromatose, maligne Erkrankungen wie Metastasen oder primäre Tumoren der Nebenniere, infektiöse Erkrankungen wie Tuberkulose oder fungale Infektionen sowie genetische Ursachen [1–3].

Insbesondere bei einer akuten Zerstörung der Nebenniere, wie bei einer NNH, oder in Stresssituationen, wie bei Infektionen, Operationen und Traumata bei bisher nicht therapierter NNRI, kann eine AK auftreten [4]. Die AK ist definiert als eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome/Befunde: Hypotonie, Nausea/Emesis, schwere Fatigue, Fieber, Somnolenz, Hyponatriämie oder Hyperkaliämie sowie Hypoglykämie [4]. Laboranalytisch finden sich zudem häufig Hyperkalzämie, Anämie, Eosinophilie und Lymphozytose [1–3]. Die AK ist ein endokrinologischer Notfall und bedarf einer sofortigen Therapie mit 100 mg Hydrocortison intravenös sowie einer Volumentherapie [5].

Vor der ersten Gabe sollte eine Blutentnahme zur Bestimmung von Serum-Kortisol und -ACTH erfolgen, um die Diagnose zu bestätigen [5]. Bei einem erniedrigten Serum-Kortisol von <140 nmol/l sowie einem reflektorisch erhöhten ACTH über dem Zweifachen der Norm lässt sich die Diagnose einer primären NNRI stellen [5]. Aufgrund der Abhängigkeit von der Tageszeit sollte primär das Nüchtern-Kortisol für die Diagnostik einer NNRI gemessen werden, was bei einer AK aufgrund der dringlichen Therapieindikation jedoch nicht praktikabel ist. Gleiches gilt für den ACTH-Stimulationstest, der unabhängig von der Tageszeit durchgeführt werden kann und insbesondere zur Unter-

scheidung einer primären von einer sekundären NNRI genutzt wird [5].

Die Therapie mit Hydrocortison erfolgt in einer Dosierung von 200 mg täglich, entweder kontinuierlich oder als Bolus à 50 mg sechsstündlich [5]. Nach Stabilisierung kann auf eine Basistherapie mit einem Steroid (Hydrocortison oder Prednisolon) sowie einem Mineralokortikoid (Fludrocortison) umgestellt werden [5].

Bei unserem Patienten lag als Ursache der AK eine bilaterale NNH vor. Die NNH ist als Folge eines Traumas [6, 7], einer Koagulopathie wie der Heparin-induzierten Thrombozytopenie (HIT) [6, 7], des systemischen Lupus erythematoses (SLE) [7] oder einer COVID-19-Infektion [6, 7] beschrieben, ebenso unter Antikoagulation [6], bei «vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia» (VITT) [6], in der Schwangerschaft [6, 7], bei Vorliegen des Antiphospholipidsyndroms (APS) [6, 7], bei Tumoren der Nebenniere [6, 7], nach abdominalen Operationen [6], nach Nebennierenvenensamplung [6] oder bei Infektionen [6, 7]. Eine NNH bei einer Sepsis wird primär mit einer Meningokokken-Infektion assoziiert, diese kann jedoch durch viele weitere Keime wie Streptokokken der Gruppe A, Pneumokokken, Rickettsien und *Staphylococcus aureus* ausgelöst werden [8].

Eine adrenale Insuffizienz ist aufgrund der ausgedehnten Blutung in den meisten Fällen zu erwarten [6]. Bauchschmerzen und Zeichen einer AK sind typische Symptome [6]. Computertomographisch lässt sich eine Blutung als ovale oder runde Auftreibung der Nebenniere mit gemischter oder erhöhter Dichte (50–90 Hounsfield-Units) ohne Kontrastmittelaufnahme darstellen [6, 7]. Zudem finden sich häufig eine Imbibierung des Umgebungsgewebes sowie ein retroperitoneales Hämatom [6, 7]. Eine konservative Therapie sowie die Substitution der NNRI sind meist ausreichend [6, 7]. Bei hämodynamisch instabilen Patientinnen und Patienten ist die endovaskuläre Embolisation eine therapeutische Option [6, 7]. Bei fehlender Möglichkeit zur Embolisation oder bei Karzinomverdacht sollte eine explorative Laparotomie erfolgen [6, 7].

Bei unserem Patienten lagen mehrere Symptome vor, die sowohl einer Sepsis als auch einer NNRI zugeordnet werden konnten. Jedoch konnten wir erst durch die Bildgebung eine AK diagnostizieren und entsprechend behandeln. Die initiale Diagnose einer Sepsis ist in Anbetracht des guten Verlaufs, des fehlenden Keimnachweises sowie einer möglichen Beeinflussung der Parameter des SOFA-Scores durch die Symptomatik der NNRI kritisch zu hinterfragen. Möglicherweise waren die erhöhte Durchblutung der Nebenniere im Rahmen des Infekts sowie die Thrombozytopenie als Ursache der

NNH bereits ausreichend. Eine Bestimmung von Serum-Kortisol und -ACTH erfolgte nicht, um den Therapiebeginn nicht zu verzögern. Unter Anbetracht der bilateralen Einblutung sowie der Hyponatriämie, die sich durch die Gabe von Hydrocortison ausgleichen liess, ist jedoch von einer NNRI auszugehen. Die Schwierigkeit bezüglich einer AK besteht somit nicht in der Therapie, sondern darin, an eine Pathologie der Nebenniere zu denken. Oder wie es C. Brosnan formuliert hat: «Addison's disease remains the unforgiving master of non-specificity and disguise» [9].

Antworten

Frage 1: d. Frage 2: a. Frage 3: a. Frage 4: b. Frage 5: c.

Korrespondenz

Dr. med. Valerie Will
Buchsi-Praxis
Weissensteinstrasse 31
CH-3360 Herzogenbuchsee
valerie[at]brunihus.ch

Verdankung

Wir danken Dr. med. Yassir El Baz für die Aufarbeitung und Bereitstellung des radiologischen Bildmaterials.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Betterle C, Presotto F, Furmaniak J. Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of Addison's disease in adults. *J Endocrinol Invest*. 2019;42(12):1407–33.
- 2 Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(3):216–26.
- 3 Barthel A, Benker G, Berens K, Diederich S, Manfras B, Gruber M, et al. An update on Addison's disease. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2019;127(2–03):165–75.
- 4 Allolio B. Extensive expertise in endocrinology. Adrenal crisis. *Eur J Endocrinol*. 2015;172(3):R115–24.
- 5 Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, Barthel A, Don-Wauchope A, Hammer GD, et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(2):364–89.
- 6 Elhassan YS, Ronchi CL, Wijewickrama P, Baldeweg SE. Approach to the patient with adrenal hemorrhage. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023;108(4):995–1006.
- 7 Badawy M, Gaballah AH, Ganeshan D, Abdelalziz A, Remer EM, Alsabbagh M, et al. Adrenal hemorrhage and hemorrhagic masses: diagnostic workup and imaging findings. *Br J Radiol*. 2021;94(1127):20210753.
- 8 Guarner J, Paddock CD, Bartlett J, Zaki SR. Adrenal gland hemorrhage in patients with fatal bacterial infections. *Mod Pathol*. 2008;21(9):1113–20.
- 9 Brosnan CM, Gowing NF. Addison's disease. *BMJ*. 1996;312(7038):1085–7.



Dr. med. Valerie Will

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Notfallmedizin, Bürgerspital Solothurn, Solothurn

Ungewöhnliche Nebenwirkung

Candidämie unter SGLT2-Hemmern

Christian Bischof^{a,b}, dipl. Arzt; Prof. Dr. med. Andreas Werner Jehle^{b,c,d}; PD Dr. med. Stefan Zimmerli^e; Prof. Dr. med. Rami Sommerstein^{a,d,e}

^a Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Hirslanden Zentralschweiz, Luzern; ^b Klinik für Innere Medizin, Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern; ^c Klinik für Transplantationsimmunologie und Nephrologie, Universitätsspital Basel, Basel; ^d Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Universität Luzern, Luzern; ^e Universitätsklinik für Infektiologie, Universitätsspital Bern, Bern

Hintergrund

Die Wirkung der zunehmend verwendeten Klasse neuer Antidiabetika, der Inhibitoren des «sodium-glucose co-transporter 2» (SGLT2), beruht auf einer Hemmung der natrium-abhängigen Rückresorption von Glukose im proximalen Nierentubulus. Dies führt zu einer verstärkten Ausscheidung von Glukose über den Urin. Der reno- und kardioprotektiven Wirkung stehen auch unerwünschte Effekte als Folge der erhöhten Glukosurie gegenüber. So erhöhen SGLT2-Hemmer das Risiko von Genitalmykosen, die zuweilen auch kompliziert ausfallen können.

Fallbericht

Anamnese

Ein 72-jähriger Patient stellte sich aufgrund einer Präsynkope nach Miktion mit blutigem Urin auf der Notfallstation vor. Wegen eines Brennens bei der Miktion mit abgeschwächtem Harnstrahl war er elf Tage zuvor in urologischer Abklärung gewesen. Dort hatte sich sonographisch ein vergrössertes Prostatavolumen von 60 ml mit einer Restharnmenge von 215 ml bei nicht ekstatischen Harnwegen gezeigt. Nach Diagnosestellung einer Prostatahyperplasie war ihm Tamsulosin verschrieben worden, worauf sich die Miktion gebessert hatte. Der Patient berichtete bei uns zudem über einen Appetitverlust mit einer Gewichtsabnahme um 10 kg respektive 15% seines Körpergewichts in den letzten sechs Monaten.

Als relevante Vorerkrankungen sind ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 (DM2), eine koronare Herzerkrankung und eine Tabakabhängigkeit (50 «pack years») zu nennen. Die Eintrittsmedikation bestand aus langwirksamem Insulin, Metformin, acht Monate zuvor initiiertem Empagliflozin (SGLT2-Inhibitor), Acetylsalicylsäure und Tamsulosin.

Status und Befunde

Klinisch präsentierte sich ein febriler Patient (Temperatur 38,1 °C, Blutdruck 104/66 mm Hg, Herzfrequenz 91/min, Sauerstoffsättigung [SO₂] 92%) mit körperlich unauffälliger Untersuchung. Die genitale Inspektion zeigte einen Status nach Zirkumzision, die digitale rektale Untersuchung war indolent. Der COVID-Test war negativ, das Röntgenbild des Thorax unauffällig. In der Blutuntersuchung fielen eine Leukozytose von 16,2 G/l, ein C-reaktives Protein (CRP) von 19,6 mg/l und ein erhöhtes Prostata-spezifisches Antigen (PSA) von 7,01 µg/l (Normwert <4 µg/l) auf.

Aufgrund einer relevanten Restharnmenge von 400 ml mit möglichen Blutkoageln in der Harnblase erfolgte die Einlage eines transurethralen Dauerkatheters (Abb. 1).

Im Urinsediment liessen sich eine Leukozyturie (66 Leukozyten/Gesichtsfeld), eine Hä-

maturie (12 Erythrozyten/Gesichtsfeld), eine Glukosurie (+++) und Sprosspilze nachweisen. Die Urinkultur zeigte das Wachstum von *Candida glabrata* mit 106 KBE/ml (Kolonie-bildende Einheiten pro ml) (Abb. 2).

In den zwei Blutkultur-Pärchen liess sich ebenfalls *Candida glabrata* nachweisen (jeweils aerob und anaerob, «time-to-positivity» 25–56 Stunden). Die Resistenzprüfung zeigte eine minimale Hemmkonzentration von 0,03 µg/ml für Anidulafungin. Serologisch zeigte sich ein Beta-D-Glucan mit 4,0 pg/ml im Graubereich (Normwert: <2,5 pg/ml), das Screening auf Humanes Immundefizienz-Virus 1/2 fiel negativ aus.

Diagnose

Somit stellten wir die Diagnose einer ambulant erworbenen Candidämie mit *Candida glabrata*. Bei gleichzeitiger Candidurie diskutierten wir einen aufsteigenden urogenitalen Infekt als mög-



Abbildung 1: Sonographie-Aufnahme der Harnblase, Unterbauchquerschnitt: Relevanter Restharn (400 ml) mit Nachweis eines echoreichen Areals im Lumen, vereinbar mit Blutkoageln.



Abbildung 2: Pilzkultur; Petrischale mit chromogenem Medium (durchsichtig) und Columbia-CNA-Agar mit 5% Schafblut (rot). Nachweis von *Candida glabrata* (Material von einem anderen Patienten; Bildquelle: Bioanalytica AG Luzern).

liche Quelle der Candidämie. Differentialdiagnostisch wurde eine Prostatitis diskutiert. Unklar war jedoch, weshalb es zu einer invasiven Pilzinfektion gekommen war, was bei Immunkompetenten selten auftritt. Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass der Patient eine Selbstmanipulation der Harnröhre verneinte.

Therapie und Verlauf

Wir initiierten eine antimykotische Therapie mittels Anidulafungin 200 mg intravenös einmalig als Ladedosis, gefolgt von 100 mg intravenös einmal täglich. Das Empagliflozin wurde gestoppt. Darunter kam es zu einem klinisch und laborchemisch günstigen Verlauf mit raschem Sistieren des Fiebers und Regredienz der Entzündungswerte. Die im Verlauf abgenommenen Blut- und Urinkulturen blieben negativ.

Wir suchten einerseits nach weiteren möglichen Eintrittspferten der Pilzinfektion, andererseits nach immunkompromittierenden Grunderkrankungen, gerade in Anbetracht des Appetit- und Gewichtsverlusts. Klinische Hinweise für eine Endophthalmitis als Komplikation der Candidämie ergaben sich keine. Eine chronische disseminierte Candidose bei einem nicht neutropenischen Patienten war nicht zu erwarten.

Anhand der Abdomensonographie und der Computertomographie (CT) von Thorax und

Abdomen wurden eine vergrößerte Prostata ohne weitere Befunde, unauffällige Nieren und schlanke Harnwege ohne Konkremente oder sonstige Pathologien beschrieben, Leber und Milz waren unauffällig. Eine transthorakale Echokardiographie mit guter Beurteilbarkeit erbrachte keinen Nachweis einer Klappenvegetation. Das Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Konsil

blieb ohne nennenswerte Befunde. Eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie zeigte eine leichte Refluxösophagitis, in der Ileo-Koloskopie wurde eine sigmabetonete Pandivertikuloze bei ansonsten unauffälliger Koloskopie beschrieben. Abschliessend erfolgte eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata, die das Bild einer benignen Prostatahyperplasie ohne suspekte Läsionen oder nekrotische Anteile ergab (Abb. 3).

Die intravenöse Therapie mit Anidulafungin wurde nach 14 Tagen gestoppt, und der Patient konnte in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Im Rahmen einer ambulanten infektiologischen Sprechstunde berichtete er auch Wochen nach Absetzen der antimykotischen Therapie über eine Appetit- und Gewichtszunahme. Letzteres kann auch auf das Absetzen der Therapie mit Empagliflozin zurückzuführen sein, da SGLT2-Hemmer durch die Glukosurie einen Gewichtsverlust begünstigen. Es zeigten sich eine normalisierte Leukozytenzahl und ein normwertiges CRP. In einer urologischen Verlaufskontrolle berichtete der Patient zudem über eine gänzlich zufriedenstellende Miktion.

Diskussion

Wir behandelten einen Patienten mit einer ambulant erworbenen Candidurie und Candidämie mit dem Nachweis von *Candida glabrata*. Zusammenfassend sehen wir als Ursache für die Candidämie einen aufsteigenden urogenitalen Infekt bei einer Risikokonstellation aus DM2, obstruktiver Miktionsstörung und Glukosurie unter SGLT2-Hemmung. Die Abklärungen zeigten weder andere Eintrittspferten noch sekundäre Absiedelungen noch Hinweise für eine Immundefizienz. Ein Blick in die Literatur lässt unseren Fall aussergewöhnlich erscheinen.

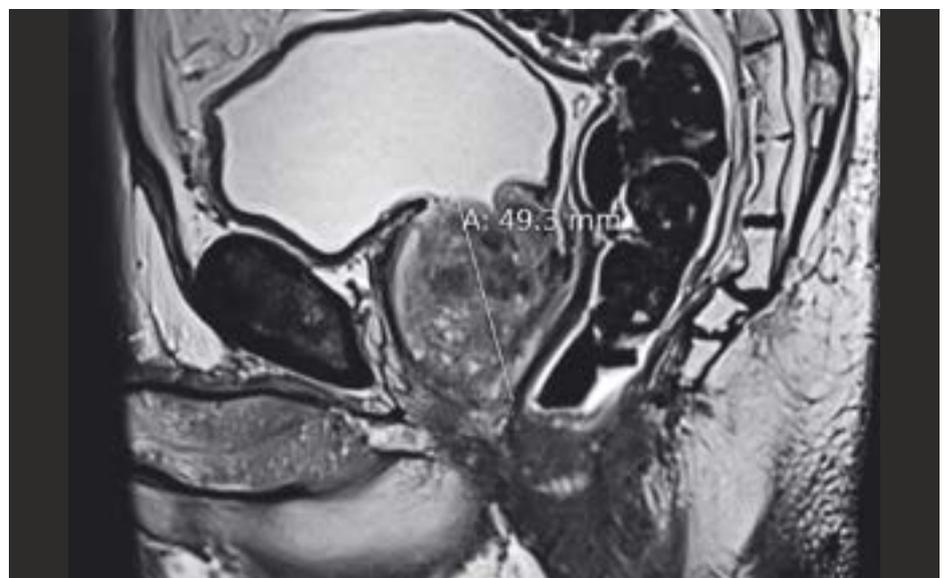


Abbildung 3: Magnetresonanztomogramm der Prostata, Sagittalebene: Nachweis einer benignen Prostatahyperplasie ohne suspekte Läsionen oder Nekrosen.

Menschen mit DM2 tragen ein erhöhtes Risiko für eine Genitalmykose. In einer Kohortenstudie wurde ein relatives Risiko von 1,81 (95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,64–2,00) für eine Vaginitis bei Frauen und von 2,85 (95%-KI 2,39–3,39) für eine Balanitis bei Männern mit DM2 beschrieben [1]. Das Risiko akzentuiert sich unter einer Therapie mit SGLT2-Hemmern zusätzlich. Eine Reihe von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zeigte bei Personen mit DM2 ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko für Pilzinfektionen des Genitaltrakts unter SGLT2-Hemmern gegenüber Placebo [2–4]. Dass die beschnittenen Männer zu der Gruppe mit dem tiefsten Risiko gehören, spricht für die Wirksamkeit vorbeugender Hygienemassnahmen bei der Miktion (Retraktion der Vorhaut und Reinigung sowie Abtrocknen der Glans bei Männern, Reinigung von vaginal nach anal bei Frauen) [5].

Eine Candidurie ist häufig Ausdruck asymptomatischer Kolonisierung beziehungsweise Kontamination [6]. Die Prävalenz ambulant erworbener Candidurien variiert je nach Patientencharakteristika. Eine Querschnittstudie, in der 100 000 Urinproben der Allgemeinbevölkerung untersucht wurden, zeigte eine Besiedelung von 0,1% der ambulant eingegangenen Urinproben mit *Candida* spp. [7]. In einer kleinen Querschnittstudie wurde der Urin von 400 Personen mit DM2 untersucht. Dabei konnte in 10% aller Urinkulturen Wachstum von *Candida* spp. nachgewiesen werden. Von diesen Personen wiesen 55% eine Glukosurie auf [8]. Ein Fallbericht über einen Patienten mit DM2 bringt die Einnahme von Empagliflozin mit dem Auftreten einer hämorrhagischen Zystitis mit Nachweis von *Candida glabrata* in Verbindung [9]. Bei nicht signifikanter Ausscheidung von Echinocandinen in den Urin ist es bemerkenswert, dass sich in unserem Fall unter der Therapie mit Anidulafungin eine Negativierung der Urinkultur mit regredienten urogenitalen Beschwerden gezeigt hatte. Die Urinkonzentration von Anidulafungin liegt bei <0,1% der Konzentration von Anidulafungin im Plasma [10].

Tritt zur Candidurie auch eine Candidämie auf, muss differentialdiagnostisch an zwei Mechanismen gedacht werden. Erstens an eine extrarenale Quelle von *Candida* spp. mit einer sekundären Streuung in das Nierensystem. Zweitens an einen aufsteigenden urogenitalen Infekt [6, 11]. Zu Letzterem gibt es relativ wenige epidemiologische Daten. In einer Kohortenstudie waren 20,8% der Candidämien von hospitalisierten Personen urogenitalen Ursprungs. *Candida glabrata* war dabei die häufigste kultivierte Spezies. Diese Patientinnen und Patienten wiesen interessanterweise nicht die generellen Risikofaktoren für Candidämien auf (wie Breitspektrum-Antibiotika-Therapie,

zentralvenöser Katheter, Neutropenie), sondern zeigten einen Harnverhalt, einen vesikoureteralen Reflux und/oder hatten einen transurethralen Blasen Katheter [12].

Noch spärlicher ist die Datenlage zu ambulant erworbenen Candidämien urogenitalen Ursprungs. In der gleichen Studie zeigte sich, dass sämtliche Fälle mit Nachweis von *Candida glabrata* pathologische Vorbefunde des ableitenden Harntrakts (wie Konkrement, Abszesse oder nekrotische Anteile der Prostata) aufwiesen. Ähnlich sieht es in einem Fallbericht über zwei Fälle ambulant erworbener Candidämien bei an DM2 Erkrankten unter Empagliflozin aus. Auch hier wiesen beide Patienten zugrunde liegende Anomalien des Urogenitaltrakts auf: einen obstruktiven Nierenstein und einen Prostataabszess einerseits, ein Blasendivertikel und eine Balanitis xerotica obliterans mit dilatationsbedürftiger Ureterstriktur andererseits [13].

Vor diesem Hintergrund erscheint unser Fall einer ambulant erworbenen Candidämie mit urogenitaler Quelle ohne Hinweise auf relevante anatomisch-pathologische Befunde des Urogenitaltrakts aussergewöhnlich. So ist aktuell anzunehmen, dass eine Kombination aus DM2, obstruktiver Harnabflussstörung bei Prostatahyperplasie und einer Glukosurie unter dem SGLT2-Hemmer zur Entwicklung einer Candidämie mit *Candida glabrata* geführt hatte. Es gilt abzuwarten, ob mit zunehmendem Einsatz von SGLT2-Hemmern auch die Inzidenz solcher Fälle steigen wird.

Das Wichtigste für die Praxis

- Inhibitoren des «sodium-glucose co-transporter 2» (SGLT2) erhöhen das Risiko für Genitalmykosen, denen mit einfachen Hygienemassnahmen vorgebeugt werden kann.
- Bei vorbestehenden urogenitalen Anomalien können sie aufsteigende Harnwegsinfekte bis hin zur Candidämie begünstigen.
- Unser Fall zeigt, dass unter SGLT2-Hemmern bereits eine obstruktive Harnabflussstörung mit einer Candidämie assoziiert sein kann.

Korrespondenz

Christian Bischof
Allgemeine Innere Medizin
Spital Nidwalden
Ennetmooserstrasse 19
CH-6370 Stans
christian.bischof[at]spital-nidwalden.ch



Christian Bischof, dipl. Arzt
Klinik für Innere Medizin,
Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern

Verdankung

Wir danken der Bioanalytica AG, Luzern, für das mikrobiologische Bildmaterial, dem Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Hirslandenklinik St. Anna, Luzern, für das radiologische Bildmaterial und dem Patienten für die Möglichkeit, den Fall zu publizieren.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Hirji I, Andersson SW, Guo Z, Hammar N, Gomez-Caminero A. Incidence of genital infection among patients with type 2 diabetes in the UK General Practice Research Database. *J Diabetes Complications*. 2012;26(6):501–5.
- Storgaard H, Gluud LL, Bennett C, Grøndahl MF, Christensen MB, Knop FK, Vilsbøll T. Benefits and harms of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166125.
- Zaccardi F, Webb DR, Htike ZZ, Youssef D, Khunti K, Davies MJ. Efficacy and safety of sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors in type 2 diabetes mellitus: systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Obes Metab*. 2016;18(8):783–94.
- Qiu M, Ding LL, Zhang M, Zhou HR. Safety of four SGLT2 inhibitors in three chronic diseases: a meta-analysis of large randomized trials of SGLT2 inhibitors. *Diab Vasc Dis Res*. 2021;18(2):14791641211011016.
- Engelhardt K, Ferguson M, Rosselli JL. Prevention and management of genital mycotic infections in the setting of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors. *Ann Pharmacother*. 2021;55(4):543–8.
- Odabasi Z, Mert A. Candida urinary tract infections in adults. *World J Urol*. 2020;38(11):2699–707.
- Colodner R, Nuri Y, Chazan B, Raz R. Community-acquired and hospital-acquired candiduria: comparison of prevalence and clinical characteristics. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2008;27(4):301–5.
- Esmailzadeh A, Zarrinfar H, Fata A, Sen T. High prevalence of candiduria due to non-albicans *Candida* species among diabetic patients: a matter of concern? *J Clin Lab Anal*. 2018;32(4):e22343.
- Tran L, Thomas M, Harvey J, Sampath R, Rose R. 1700. A rare case of *Candida glabrata* hemorrhagic cystitis with empagliflozin use. *Open Forum Infect Dis*. 2019;6(Suppl2):S622–3.
- Denning DW. Echinocandin antifungal drugs. *Lancet*. 2003;362(9390):1142–51.
- Fisher JF, Kavanagh K, Sobel JD, Kauffman CA, Newman CA. *Candida* urinary tract infection: pathogenesis. *Clin Infect Dis*. 2011;52(Suppl6):S437–51.
- Elbaz M, Chikly A, Meilik R, Ben-Ami R. Frequency and clinical features of candida bloodstream infection originating in the urinary tract. *J Fungi (Basel)*. 2022;8(2):123.
- Bartolo C, Hall V, Friedman ND, Lanyon C, Fuller A, Morrissey CO, Athan E. Bittersweet: infective complications of drug-induced glycosuria in patients with diabetes mellitus on SGLT2-inhibitors: two case reports. *BMC Infect Dis*. 2021;21:284.

Erster berichteter Fall

Seltene Komplikation einer Agenesie der Vena cava superior

Lisa E. Gamble^a, dipl. Ärztin; Pietro Ricciardi^a, dipl. Arzt; Katharina Minkner Klahre^b, dipl. Ärztin; Dr. med. Lukas Briner^a
Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel: ^a Service de chirurgie vasculaire; ^b Service de radiologie

Hintergrund

Gefäßzugänge über die Vena jugularis interna sind ein gängiges Verfahren zum Einführen eines zentralen Venenkatheters, von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren sowie von permanenten Dialysekathetern. Gefässanomalien sind selten, aber ihre Kenntnis ist wichtig und sie sollten in Betracht gezogen werden, wenn sich das Anlegen eines Gefäßzugangs als ungewöhnlich schwierig erweist. Im Allgemeinen wird eine derartige Anomalie während des Eingriffs oder schon davor erkannt.

Wir beschreiben den ersten uns bekannten Fall einer Patientin mit einer nicht bekannten Agenesie der Vena cava superior (VCS), die zu einer Katheterisierung der Vena mammaria interna führte. Diese Komplikation wurde erst drei Tage nach dem Eingriff während der Hämodialyse entdeckt. Wir diskutieren verschiedene Anomalien der VCS und Möglichkeiten zur Verhütung ähnlicher Komplikationen.

Fallbericht

Anamnese und klinische Untersuchung

Eine 35-jährige Asylsuchende somalischer Herkunft, die seit einem Monat in der Schweiz lebt, sucht wegen einer chronischen, hämodialysepflichtigen Niereninsuffizienz das Hämodialysezentrum unseres Spitals auf. Ansonsten zeigt sie keine Symptome.

Die Patientin kam 2019 nach Europa und wurde in einem Asylzentrum im Zustand starker Dehydratation, der zur Verschlechterung der Nierenfunktion führte und Hämodialysen erforderlich machte, aufgenommen. Dokumente, die ihre Behandlung vor der Ankunft in der Schweiz beschreiben, sind nicht verfügbar, aber sie berichtet von einem rechtsseitigen, getun-



Abbildung 1: Die postoperative Röntgenaufnahme zeigt «eine korrekte Positionierung» des Dialysekatheters.

nelten Dialysekatheter nicht genau bekannter Lokalisation, der aufgrund von Schmerzen entfernt wurde, und von einer rechtsseitigen arteriovenösen Fistel, wahrscheinlich zwischen Arteria brachialis und Vena cephalica, die thrombosiert ist und nie benutzt wurde. Die Patientin wurde bisher über einen getunnelten Katheter dialysiert, der ihr vor sieben Monaten links subklavikulär gelegt worden war, und wird von der Dialyse wegen eines Lecks im arteriellen System dieses Katheters an uns überwiesen. Laut Familienanamnese gibt es keine einschlä-

gigen Fälle in der Vergangenheit, insbesondere keine Herzfehler. Ausserdem ist bekannt, dass die Patientin an Hypertonie leidet, die mit Amlodipin und Candesartan behandelt wird, und vor Kurzem eine SARS-CoV-2-Infektion erlitt.

Die klinische Untersuchung ergibt eine kleine offene Wunde an der subklavikulären Punktionsstelle mit Visualisierung des Katheters und Leckage während der Dialyse. Es sind keine Anzeichen einer Infektion zu beobachten. Der übrige klinische Befund ist unauffällig.



Abbildung 2: CT-Angiogramm, Sagittalschnitt: in der Vena mammaria interna platzierter Katheter mit erkennbarem oberflächlichem Kollateralkreislauf.

In diesem Zusammenhang wird die Indikation zur Entfernung des links lokalisierten Dialysekatheters und zur Einlage eines neuen Katheters mittels rechtsseitiger Jugularispunktion gestellt.

Intervention

Unter Ultraschall- und fluoroskopischer Kontrolle wird von einem Gefäßchirurgen durch Punktion der rechten Vena jugularis interna ein Dialysekatheter eingeführt. Bei der Platzierung des Katheters wird eine Stenose in der VCS vermutet, da sich der Katheter nur schwer einführen lässt und die Aspiration und Injektion anfangs schwierig sind. Nach einer Neupositionierung unter Fluoroskopiekontrolle erfolgt die Aspiration ohne Widerstand. Die intraoperativen Röntgenbilder und der postoperative Röntgen-Thorax sind zufriedenstellend (Abb. 1).

Verlauf

Bei der ersten Dialysesitzung klagt die Patientin über Schmerzen im rechten Thorax, die parallel zu technischen Schwierigkeiten bei der Dialyse mit hoher Rezirkulationsrate auftreten. Ein zwecks Kontrolle erneut angefertigter Röntgen-Thorax bestätigt die korrekte Positionierung des Katheters. Die Schwierigkeiten bei der Hämodialyse sowie die Brustschmerzen der Patientin bleiben bestehen und lassen eine Thrombose vermuten, weshalb eine CT-Angiographie in die Wege geleitet wird.

Befunde

Das CT-Angiogramm (Abb. 2 und 3) zeigt das zuvor nicht bekannte Fehlen der VCS mit einem

gut ausgebildeten Kollateralkreislauf mit dilaterter Vena azygos und hemiazygos sowie zahlreichen abdominalen Kollateralen und dilatierten Lumbalvenen. Andere Herzanomalien oder -fehler sind nicht erkennbar. Der Hämodialysekatheter befindet sich in der rechten Vena mammaria interna.

Weitere Versorgung

Der Katheter wird daraufhin entfernt und ohne Komplikation durch einen femoralen Hämodialysekatheter ersetzt.

Diskussion

Überblick über die Fachliteratur

Fehlplatzierungen von Venenkathetern sind häufig (rund 7% der Fälle) [1], insbesondere wenn sie ohne radiologische Kontrolle gelegt werden. Seltener sind sie auf vaskuläre Anomalien zurückzuführen. Anomalien der VCS sind selten und asymptomatisch, ausser wenn sie mit angeborenen Herzfehlern einhergehen [3, 4, 6]. Eine Anomalie sollte in allen Fällen in Betracht gezogen werden, in denen die Katheterisierung der Vene schwierig ist.

Zu den angeborenen Variationen der VCS gehört die Vena cava superior sinistra persistens (VCSSP), die häufig mit einem angeborenen Herzfehler assoziiert ist (Prävalenz 1,3–4,5%), aber auch isoliert auftreten kann (Prävalenz 0,3–0,5%) [2, 6, 7].

In 20% der Fälle fehlt die VCS und die VCSSP mündet in den Koronarvenensinus oder seltener in den linken Vorhof (8%). Dies wirkt sich bei einer Rechtsherzkatheterisierung aus, etwa beim Einsetzen von Schrittmachern, Herzdefibrillatoren und Dialysekathetern. In 80% der Fälle liegt jedoch eine doppelte VCS vor, wodurch eine Linksherzkatheterisierung beeinträchtigt werden kann, je nachdem, wo die VCSSP einmündet [2, 3, 6, 7].

Die Agenesie der VCS und das gleichzeitige Fehlen einer VCSSP sind sehr selten, es liegen nur wenige Fallberichte vor [3–6]. In diesem Fall drainieren die Venae brachiocephalicae über die Vena azygos in die Vena cava inferior, wobei sich ein ausgedehntes Kollateralnetz bildet, das unter anderem die Venae intercostales, lumbales, mammariae internae und epigastricae umfasst, was bereits bei einer Obstruktion der VCS beschrieben wurde [3, 6, 8]. Der Gefäßzugang für die Hämodialyse erfordert in diesem Fall natürlich einen femoralen Zugang.

Unsere Patientin

Das CT-Angiogramm zeigt bei unserer Patientin das Fehlen der VCS mit typischem Kollateralkreislauf ohne weitere Gefässanomalien. Interessanterweise war die Patientin völlig asymptomatisch und der Kollateralkreislauf,

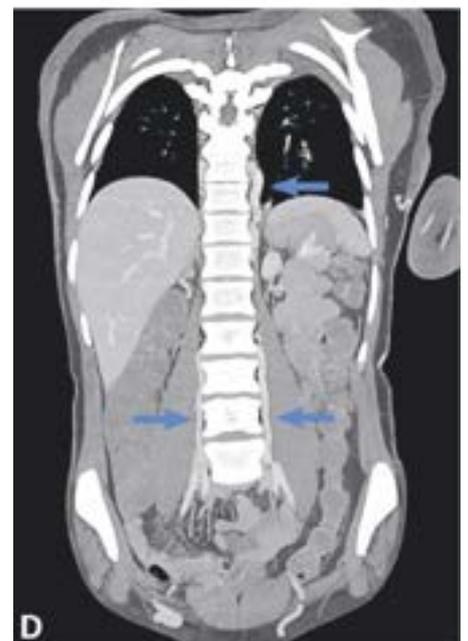
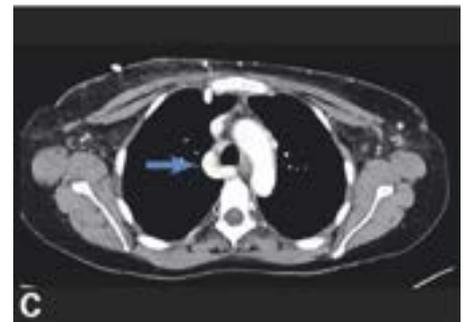
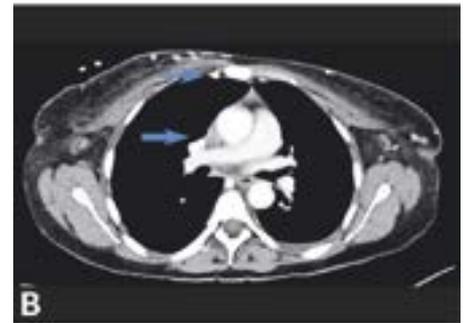
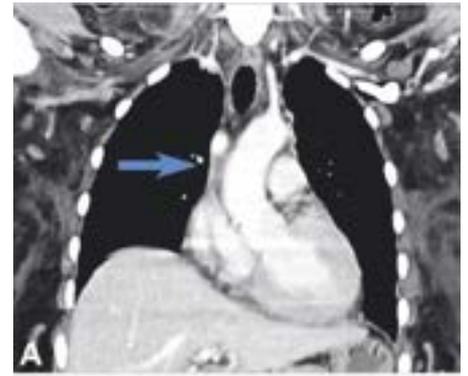


Abbildung 3: CT-Angiogramm, Frontal- (A, D) und Axialschnitte (B, C). A/B) Fehlen der Vena cava superior (dicke Pfeile), der Katheter befindet sich in der rechten Vena mammaria interna (schmale Pfeil). C/D) Kollateralkreislauf mit Dilatation von Vena azygos, hemiazygos und Lumbalvenen (Pfeile).

insbesondere im Abdominalbereich, bei der klinischen Untersuchung nicht erkennbar.

Die Differentialdiagnose der VCS-Agenesie umfasst eine Thrombose oder Narbenstenose infolge früherer Dialysekatheter. CT-angiographisch sind keine Anzeichen für eine frühere Thrombose oder Fibrose feststellbar, was eher für eine Agenesie spricht, allerdings hinterlässt eine Okklusion in der Kindheit oftmals keine Spuren und kann nicht völlig ausgeschlossen werden. Ist eine Agenesie auszuschliessen, kann eine Angiographie mit dem Versuch einer Rekanalisierung vorgeschlagen werden.

Wie erwähnt wurde unsere Patientin mit einem links subklavikulär lokalisierten Dialysekatheter aufgenommen. Wir gehen davon aus, dass die Spitze des Katheters in der dilatierten Vena azygos platziert war, wodurch sich erklärt, warum der Katheter trotz der VCS-Agenesie funktionstüchtig war. Der erste, rechtsseitige Dialysekatheter, der aufgrund von Schmerzen entfernt wurde, war wahrscheinlich in der Vena mammaria interna platziert, was die Schmerzen bei der Benutzung erklären würde.

Bei unserer Patientin wurde die rechte Vena mammaria interna irrtümlicherweise kateterisiert, da sie dilatiert war, und die peroperativen Fluoroskopie-Aufnahmen sowie die beiden postoperativen Röntgen-Thorax-Untersuchungen zeigten bei anterior-posteriorem Strahlengang eine korrekte Positionierung. Als die Patientin schliesslich Brustschmerzen bekam und Schwierigkeiten bei der Durchführung der Hämodialyse auftraten, die auf eine Thrombose oder Stenose hindeuteten, ergab das CT-Angiogramm eine Agenesie der VCS mit Katheterisierung der rechten Vena mammaria interna durch den Hämodialysekatheter: eine seltene Komplikation einer noch selteneren Anomalie.

Korrespondenz

Lisa E. Gamble
Département de chirurgie générale
Hôpital de Sion (CHVR)
Avenue du Grand-Champsec 80
CH-1951 Sion
lisaelizabeth.gamble[at]hopitalvs.ch

Verdankung

Wir danken Dr. med. Guillaume Riitano, Radiologe im Réseau Hospitalier Neuchâtelois, für die Aufnahmen.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Das Wichtigste für die Praxis

- Wenn sich das Anlegen eines Gefässzugangs als ungewöhnlich schwierig erweist, ist es wichtig, Gefässanomalien in Betracht zu ziehen.
- Eine peroperative laterale Bildgebung oder ein postoperativer lateraler Röntgen-Thorax hätten uns rascher auf die Fehlplatzierung des Katheters hingewiesen und sollten in allen schwierigen Fällen durchgeführt werden.
- Eine Duplexsonographie kann Informationen über den Blutfluss liefern und den Verdacht auf eine Stenose oder Okklusion vor der Katheterplatzierung nahelegen. Dies kann nützlich sein, um CT-Angiographien bei Dialysepatientinnen und -patienten zu vermeiden, erlaubt aber nicht den Ausschluss jeglicher Gefässanomalie.
- Die CT-Angiographie mit venöser Phase ist der Goldstandard und sollte veranlasst werden, wenn das Anlegen eines Gefässzugangs schwierig ist, um eine Gefässanomalie auszuschliessen.

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Schummer W, Schummer C, Rose N, Niesen WD, Sakka SG. Mechanical complications and malposition of central venous cannulations by experienced operators. A prospective study of 1794 catheterizations in critically ill patients. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1055–9.
- 2 Gibson F, Bodenham A. Misplaced central venous catheters: applied anatomy and practical management. *Br J Anaesth.* 2013;110(3):333–46.
- 3 Minniti S, isentini S, Procacci C. Congenital anomalies of the venae cavae: embryological origin, imaging features and report of three new variants. *Eur Radiol.* 2002;12:2040–55.
- 4 Ylänen K, Poutanen T, Savikurki-Heikkilä P, Uotila J, Korppi M, Eerola A. Bilateral Absence of the Superior Vena Cava. *Case Rep Cardiol.* 2012;2012:461040.
- 5 Saunders RN, Richens DR, Morris GK. Bilateral Absence of the Superior Vena Cava. *Ann Thorac Surg.* 2001;71(6):2041–3.
- 6 Hutchison SJ, Merchant N. Caval Anatomy: Variants and Lesions. In: *Principles of Cardiac and Vascular Computed Tomography.* Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014.p. 529–39.
- 7 Demos TC, Posniak HV, Pierce KL, Olson MC, Muscato M. Venous anomalies of the thorax. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182(5):1139–50.
- 8 Azizi AH, Shafi I, Shah N, Rosenfield K, Schainfeld R, Sista A, Bashir R. Superior Vena Cava Syndrome. *JACC Cardiovasc Interv.* 2020;13(24):2896–910.



Lisa E. Gamble, dipl. Ärztin
Service de chirurgie vasculaire,
Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe),
Neuchâtel

In eigener Sache

Korrigendum

Brief zu: Huber LC, Krause M. Weekly Briefing.
Swiss Med Forum. 2024;24(13-14):176-7.

Im CME-Beitrag zu Malaria des Weekly Briefing vom 27. März 2024 hat sich leider ein Fehler eingeschlichen. Im letzten Punkt ist der Satz «Diese Medikamente eignen sich nicht zur Therapie» falsch: Atovaquon/Proguanil wird sowohl zur Chemoprophylaxe als auch zur Therapie eingesetzt. Wir bedanken uns für den Hinweis aus der Leserschaft.

Die Online-Ausgabe wurde korrigiert (<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1372309972>).

Wir entschuldigen uns für den in der Printversion vorhandenen Fehler.

Prof. Dr. med. Martin Krause

Anzeige



EVENTS

Swiss Health Web

Alles auf einen Blick.
Überzeugen Sie sich selbst.



Wissen, was wo passiert!

- Kongresse
- Seminare
- Fort- und Weiterbildungen



events.emh.ch

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

STELLENMARKT

Alle Stellenanzeigen online unter jobs.saez.ch

Insertionen

Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz
Telefon 061 467 85 71, E-Mail: stellenmarkt@emh.ch
Online-Jobportal: <https://jobs.saez.ch>

Insertionspreise exkl. MWST

Platin Package: 2 x 1/1 Seite/page = CHF 6895.-

- 2 x 1/1 Seite (gleiches Inserat), 186 x 256 mm
max. 6110 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 60 Tage

Gold Package: 1/2 Seite/page = CHF 3375.-

- 1/2 Seite hoch, 88 x 256 mm
max. 3000 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/2 Seite quer, 186 x 126 mm
max. 2730 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Silver Package: 3/8 Seite/page = CHF 2780.-

- 3/8 Seite, 88 x 190 mm
max. 2100 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Bronze Package: 1/4 Seite/page = CHF 1795.-

- 1/4 Seite hoch, 88 x 126 mm
max. 1260 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/4 Seite quer, 186 x 62 mm
max. 1170 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 8,1% TVA en sus.

Dernier délai: 14 jours avant parution



zeckenliga.ch

Liga für Zeckenranke Schweiz
Ligue suisse des maladies à tiques
Lega svizzera dei malati vittime delle zecche
Swiss league for patients with tick-borne diseases

Wir setzen uns für Präventionsarbeit sowie für die Betroffenen und Angehörigen ein.

Unterstützen Sie uns mit einer Spende.
PC-Konto: 30-674735-4. Vielen Dank.

Balgrist

Universitätsklinik

191094-16



Wir suchen

Assistenzärztin/Assistenzarzt für Fremdjahr (w/m/d) 60–100 %

Die Universitätsklinik Balgrist ist die führende orthopädische Klinik mit angegliedertem Zentrum für Paraplegie. Wir bieten jungen angehenden Hausärztinnen und Hausärzten die Möglichkeit, 6 bis 12 Monate einen Einblick in die ambulante Behandlung von orthopädischen und traumatologischen Patientinnen und Patienten zu bekommen.



Anforderungsprofil und Vorteile sind nur einen Scan entfernt.

Wir freuen uns auf Ihre komplette Online-Bewerbung.

Weitere Auskünfte

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Yasmin Ramadani, Assistentin Med. Spitaldirektion, Telefon +41 44 386 30 04, gerne zur Verfügung.

Wir weisen darauf hin, dass für diese Stelle keine Assistenzärzte für eine orthopädische Ausbildung gesucht werden.



www.ksw.ch/karriere

CHEFÄRZTIN/CHEFARZT UND ZENTRUMSLEITUNG KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

100%, Jobsharing möglich

188838-16

Infolge Pensionierung der bisherigen, langjährigen Stelleninhaberin suchen wir per 1. März 2025 oder nach Vereinbarung eine Chefarztin / einen Chefarzt und Zentrumsleiterin / Zentrumsleiter für die Kinder- und Jugendmedizin.

Im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin werden jährlich rund 3'000 stationäre und über 50'000 ambulante Fälle von Kindern und Jugendlichen jeden Alters betreut. Die Allgemeinpädiatrie umfasst eine Station für Kinder- und Jugendliche einschliesslich Tagesklinik und stellt die ärztliche Versorgung auf der interdisziplinären Kindernotfallstation sicher. Unsere Neonatologie gewährleistet die spezialisierte Versorgung von Neu- und Frühgeborenen ab 28 SSW für die rund 5'000 Geburten in unserem Einzugsgebiet. Mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum inklusive Therapiestation Psychosomatik und den rund 20 pädiatrischen Spezialistinnen und Spezialisten im Sprechstundenzentrum bieten wir für die Kinder und Jugendlichen der Region Zürich Nord eine umfassende und qualitativ hochstehende Versorgung an.

Das sind Ihre Aufgaben

- Personelle und finanzielle Führung und strategische Weiterentwicklung unseres Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachliche Leitung und Weiterentwicklung der Allgemeinpädiatrie
- Verantwortlich für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte, Studierenden und dem medizinischen Fachpersonal
- Personalmanagement und Förderung eines kooperativen Arbeitsumfelds zur Unterstützung der Mitarbeiterentwicklung und -motivation
- Aktive Mitarbeit im klinischen Alltag und im Hintergrunddienst Allgemeinpädiatrie
- Enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Bereichen des KSW, insbesondere dem interdisziplinären Notfallzentrum, mit den Niedergelassenen und anderen Kinderspitälern
- Co-Leitung der inter-institutionellen Kinderschutzgruppe Winterthur
- Interne und externe Repräsentation der Klinik inklusive der Teilnahme an wissenschaftlichen Aktivitäten, Vorträgen und Fachtagungen

Das qualifiziert Sie für diese Stelle

- Abgeschlossenes Medizinstudium mit Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin, bei ausländischem Äquivalent mit Anerkennung in der Schweiz
- Habilitation wird vorausgesetzt
- Erfahrene Führungspersönlichkeit mit hoher Sozial- und Kommunikationskompetenz
- Klinisch orientierte Fachperson mit langjähriger Berufstätigkeit an einem Zentrumsspital, vertraut mit dem schweizerischen Gesundheitssystem
- Hohes Qualitätsbewusstsein und effizientes Ziel- und Zeitmanagement
- Freude an und Erfahrung mit vielseitigen Managementaufgaben wie Betriebsorganisation, Strategieentwicklung, finanzielle Planung und Steuerung, sowie proaktive Förderung und Weiterentwicklung der Mitarbeitenden

Das wird Sie besonders freuen

- Ein breites und anspruchsvolles Aufgabenspektrum mit der Kombination von klinischer Arbeit, Lehre, Weiterbildung und Managementaufgaben
- Die Zentrumsleiterin / der Zentrumsleiter des ZKJ ist in der erweiterten Geschäftsleitungskonferenz vertreten
- Das inspirierende Umfeld und die technisch hochstehende medizinische und räumliche Infrastruktur eines grossen Zentrumsspitals (Bezug Neubau 2022)
- Offenheit bezüglich eigenen Forschungsaktivitäten und Kooperationen mit anderen Spitalern
- Ein motiviertes und breit aufgestelltes Team mit hoher Fachkompetenz und einer ausgeprägten Teamkultur
- Eine von Wertschätzung und Teamgedanken geprägte Unternehmenskultur
- Gestaltungsspielraum und viele Möglichkeiten für Weiterentwicklung

Wünschen Sie weitere Auskünfte?

Prof. Dr. med. Traudel Saurenmann
Chefarztin / Zentrumsleiterin
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Tel. +41 (0)52 266 28 21
traudel.saurenmann@ksw.ch

Prof. Dr. med. Corneli Sieber
CMO / Chefarzt
Klinischer Bereich A
Tel. +41 (0)52 266 23 01
corneli.sieber@ksw.ch

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung auf:
www.ksw.ch/stellen



Das Kantonsspital Winterthur (KSW) ist ein öffentlich-rechtliches Zentrumsspital für den Grossraum Winterthur. Mit seinen knapp 4000 Mitarbeitenden und 500 Betten stellt das KSW eine umfassende medizinische Grundversorgung für eine Viertelmillion Einwohnerinnen und Einwohner sicher. Über sein Einzugsgebiet hinaus erbringt das KSW hochspezialisierte medizinische Leistungen für rund eine halbe Million Menschen.

KSW
Kantonsspital
Winterthur

www.hopitalrivierachablais.ch

L'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC), hôpital intercantonal, emploie plus de 2000 collaboratrices et collaborateurs, principalement au sein du Centre hospitalier de Rennaz doté de plus de 300 lits de soins aigus. L'HRC gère également deux cliniques de gériatrie et réadaptation, ainsi que deux permanences médicales, à Monthey et Vevey.

L'HRC attache une importance particulière à l'accueil du de la patient-e et à sa prise en charge tout au long de son parcours. Nos équipes ont à coeur de mettre leurs compétences au profit du de la patient-e et de ses proches.

Doté d'une unité de formation médicale et d'une unité de recherche clinique, l'HRC met à disposition de son personnel médical une plateforme de soutien à la formation médicale et de préparation à la relève, ainsi qu'un soutien à la recherche clinique et à l'évaluation des pratiques médicales.

Pour compléter l'équipe de la Direction médicale, nous cherchons notre futur:

Directeur adjoint à la Direction médicale H/F à 80%

Le rôle de la Direction médicale est de garantir la sécurité et la qualité des soins en s'assurant que les prestations médicales fournies au sein de l'institution soient adaptées aux besoins de la population, conformes aux standards et à la législation en vigueur, et en adéquation avec le plan d'action stratégique institutionnel. Elle veille à ce que la formation médicale postgrade et la recherche clinique soient de qualité et effectuées dans un environnement stimulant et engageant pour les médecins de demain. En étroite collaboration avec la Direction des soins et les Médecins chefs de service, elle construit des liens solides avec tous les partenaires du domaine socio-sanitaire.

A ce titre, votre mission sera de seconder et suppléer le Directeur médical en assumant des tâches stratégiques et opérationnelles, telles que:

- Mise en oeuvre de la politique médicale de l'hôpital;
- Processus d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficience;
- Supervision des interactions entre les services cliniques;
- Promotion et développement de la formation et de la recherche;
- Processus d'interaction et d'amélioration des échanges avec les médecins installés et les partenaires de soins locorégionaux (RSHL, Fondation de Nant, HVS, CHUV).

Nous cherchons une personnalité ouverte, posée et intégrative. Clinicien-ne expérimenté-e, vous devez:

- Être titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ou d'un diplôme délivré par un Etat membre de l'UE et reconnu par l'Office fédéral de la santé publique (MEBEKO) et d'un titre de spécialiste ISFM ou d'un titre jugé équivalent et reconnu (MEBEKO);
- Avoir une bonne connaissance des enjeux médicaux d'un hôpital de taille moyenne;
- Posséder une formation en management ou une expérience en gestion.

Entrée en fonction

Dès que possible

Renseignements

Des renseignements peuvent être pris auprès du Prof. Salah Dine Qanadli, Directeur médical, par e-mail à direction.medicale@hopitalrivierachablais.ch ou par téléphone au 058 773 79 53 (secrétariat).

Candidature

Si ce poste vous intéresse, nous vous remercions d'adresser votre dossier de candidature complet (lettre de motivation, CV, copie de diplômes et de certificats de travail), **avant le 15 mai 2024 via notre plateforme carrière** <https://emploi.hopitalrivierachablais.ch/>, en cliquant sur le bouton «Postuler» de l'annonce concernée.

Stellenmarkt / Offres et demandes d'emploi / Offerte e domande d'impiego



Das freiburger spital (HFR) engagiert sich tagtäglich für die Gesundheit der Bevölkerung. Es ist an mehreren Standorten tätig und bietet eine breite Palette an qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im stationären und ambulanten Bereich. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht dabei stets im Mittelpunkt. Engagement, Solidarität und Respekt: An diesen Werten orientieren sich unsere 3600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Abteilung Neurologie des freiburger spitals (HFR) besteht aus acht Fachärztinnen und -ärzten für Neurologie FMH, unterstützt durch zwei wechselnde Assistenzärztinnen oder -ärzte der Klinik für Allgemeine Innere Medizin. Sie befasst sich mit den unterschiedlichen Aspekten der Neurologie und verfügt insbesondere über eine zertifizierte Stroke Unit sowie eine konsultierende Tätigkeit für die verschiedenen Abteilungen des HFR und eine ambulante Sprechstunde (allgemeine, neurovaskuläre, neuroimmunologische, neuromuskuläre Sprechstunde sowie für Epilepsie, Gedächtnis und abnorme unwillkürliche Bewegungen, inklusive einer der Neurologie angegliederte Abteilung für Neuropsychologie), eine vollständige neurophysiologische Infrastruktur und eine Tagesklinik für die ambulante Betreuung zu Diagnose- und Therapie-zwecken. Hauptstandort ist das HFR Freiburg – Kantonsspital, das Team steht aber dem gesamten HFR-Netz zur Verfügung und führt jährlich rund 4000 ambulante Sprechstunden und über 2000 Ergänzungsuntersuchungen durch. Die Neurologie arbeitet eng mit verschiedenen Fachbereichen der Inneren Medizin und der Notfall- und Intensivstation zusammen. Zudem besteht eine Zusammenarbeit mit der Neurochirurgie und der Neurorehabilitation des HFR und wir sind in stetem Kontakt mit den Kliniken für Neurologie der Universitätsspitaler Bern und Lausanne und mit der Universität Freiburg.

Um die Qualität der ambulanten und stationären Betreuung sicherzustellen und an der Aus- und Weiterbildung in Neurologie (Weiterbildungsstätte der Kategorie C) mitzuwirken, sucht die Medizinische Direktion des freiburger spitals für die Abteilung Neurologie des HFR Freiburg – Kantonsspitals eine/n

Oberärztin/Oberarzt oder stellvertretende/n Oberärztin/Oberarzt Neurologie (60%) (Mutterschaftsvertretung, Stelle auf 1 Jahr befristet)

Aufgaben

- Sie wirken an der hochwertigen Betreuung der Patientinnen und Patienten in der Stroke Unit und auf den stationären Abteilungen mit.
- Sie beteiligen sich an den ambulanten Sprechstunden.
- Sie unterstützen die neurophysiologische Tätigkeit (insbesondere ENMG und/oder Dopplersonografie) bei ambulanten und stationären Untersuchungen.
- Sie beteiligen sich am Bereitschaftsdienst.
- Sie beaufsichtigen die wechselnden Assistenzärztinnen und -ärzte und wirken an ihrer Ausbildung mit.
- Sie arbeiten an einrichtungsübergreifenden oder lokal entwickelten klinischen Studien mit.
- Sie beteiligen sich am Unterricht für die Studierenden der Universität Freiburg.
- Sie haben die Möglichkeit, einen M.D., einen Ph.D. oder eine Habilitation zu absolvieren.

Profil

- Facharzttitel FMH in Neurologie (oder gleichwertiger Titel) bzw. im letzten Ausbildungsjahr in Neurologie
- Mind. 3 Jahre Erfahrung in Neurologie in einer A-Klinik
- SGKN-Fähigkeitsausweis oder gleichwertiges Zertifikat für ENMG und/oder Dopplersonografie, mind. Grundkenntnisse in EEG
- Solide schriftliche und mündliche Französisch- und mündliche Deutschkenntnisse
- Dynamik, Offenheit, Kollegialität
- Interesse an allgemeiner Neurologie, Unterrichten und klinischer Forschung

Stellenantritt: 1. August 2024 oder nach Vereinbarung

Auskunft: PD Dr. med. A. Humm, Chefärztin, Abteilung Neurologie, HFR Freiburg – Kantonsspital, T +41 026 306 22 35

Besuchen Sie unsere Website www.h-fr.ch unter der Rubrik «Stellen» und bewerben Sie sich direkt online.

Ref.: HFR-M-241302

191244-16



Avec son offre unique de prestations – prévention, assurance, réadaptation –, la Suva propose à ses assurés une protection globale de la santé. La mission principale de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la Suva est la réadaptation des personnes accidentées. Outre les disciplines traditionnelles de la réadaptation neurologique et de l'appareil locomoteur, la CRR offre des prestations spécifiques en Suisse romande pour la réadaptation des patients para/tétraplégiques, la réadaptation des patients brûlés, l'orthopédie technique et la réadaptation professionnelle.

Dans le cadre du développement de l'activité de notre clinique basée à Sion (Valais), et afin de compléter nos équipes sur place, nous proposons les opportunités suivantes, pour une entrée en fonction dès que possible ou à convenir:

Médecin hospitalier ou chef-fe de clinique en psychiatrie

Taux d'activité dès 50%

- Titulaire d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ou en cours d'obtention, ayant réalisé toutes les années ISFM requises).
- **Contact:** Dr Ioan Cromec, Chef du service de psychiatrie de liaison: ioan.Cromec@crr-suva.ch.

Chef-fe de clinique en réadaptation neurologique

Taux d'activité de 80% à 100%

- Titulaire d'une spécialisation en neurologie ou en médecine physique et réadaptation (titre fédéral ou équivalent formellement reconnu), avec une expérience en réadaptation neurologique.
- **Contact:** Dr Jean-Luc Turlan, Chef du service de réadaptation en neurologie: Jean-Luc.Turlan@crr-suva.ch.

Chef-fe de clinique MPR

Taux d'activité de 80% à 100%

- Titulaire d'une spécialisation en médecine physique et réadaptation ou en médecine interne, ou en cours d'obtention.
- **Contact:** PD Dr François Luthi, MER, Chef du service de réadaptation de l'appareil locomoteur: Francois.Luthi@crr-suva.ch.

Notre offre

Nous proposons des postes aux missions variées, au sein d'un environnement de travail moderne. En plus des nombreux avantages sociaux (place de parc, restaurant d'entreprise, installations sportives, participation à la caisse maladie, etc.) et des possibilités de perfectionnement, vous évoluez dans un secteur pluridisciplinaire enrichissant et valorisant, **rejoignez-nous!**

Retrouvez nos offres détaillées sur crr-suva.ch/emplois (ou via le QR code ci-dessous), le service RH reste également à votre disposition pour tout complément d'information au +41 27 603 30 25.



Clinique romande de réadaptation
Av. Grand-Champsec 90 – 1951 Sion
T 027 603 30 30 | www.crr-suva.ch
info@crr-suva.ch

suva



swiss olympic MEDICAL CENTER

191392-16



© Rob Lewis

«Vieles ist wieder möglich nach einer Hirnverletzung. Wichtig ist der Support.»

Daniel Albrecht, Ex-Skirennfahrer



FRAGILE SUISSE

Hirnschlag, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor: Eine Hirnverletzung kann alle treffen.

Hilfe für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige.
Helfen auch Sie! PC 80-10132-0



Homöopathie Schule

190794-16

Die SHI Homöopathie Schule in Zug (gegründet 1993) bildet in einem vierjährigen Bildungsgang dipl. Homöopathinnen und Homöopathen hfnh aus. Sie ist Mitglied der Höheren Fachschule für Naturheilverfahren und Homöopathie (hfnh). Das EduQua-zertifizierte Unternehmen sucht auf das Schuljahr 2024/2025 eine / einen:

Dozentin/Dozenten

für das Fach:

Gynäkologie 36 Lektionen

Sie bringen mit

Fachdiplom; klinische Erfahrung; Freude am Unterrichten; Teamgeist; Erfahrung in der Erwachsenenbildung von Vorteil.

Wir bieten Ihnen

Ein innovatives und motiviertes Team; fortschrittliche Anstellungsbedingungen, ein zeitgemässes Honorar und moderne Infrastruktur.

Für detaillierte Informationen kontaktieren Sie Tel. 041 748 21 77.

Ihre Bewerbung mit Foto richten Sie bitte an:

SHI Homöopathie Schule AG
Steinhauserstrasse 51 • CH-6300 Zug • www.shi.ch



medgate_

Arztpraxis heisst bei uns Home Office.

Telemediziner/in werden und ungeahnte Freiheiten geniessen.
medgate.ch/homeoffice

Jetzt
bewerben

184016-16

Annahmeschluss für Stellenmarkt:
14 Tage vor Erscheinen

Seminare und Veranstaltungen

24.04.2024–26.04.2024

141. Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024)

Vom 24. – 26. April 2024 erwarten Sie beim DCK 2024 im Congress Center Leipzig ein facettenreiches Programm aus den verschiedenen Fachbereichen der Chirurgie.

CCL – Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
dck@wikonect.de

26.04.2024–27.01.2024

Haemostasis in Critical Care

11. Interdisziplinärer Hämostaseologischer Intensivworkshop für OP und Intensivstation – Workshopreihe Perioperative Hämostaseologie

Kantonsspital St. Gallen, Rorschacher Strasse 226, 9016 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Jacqueline Fiore
jacqueline.fiore@zlmag.ch

26.04.2024–27.04.2024

Kärntner Internistentage «Innere Medizin am See» 2024

Hotel Werzer Astoria, 9210 Pörschach am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Veranstaltungsleitung : MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

26.04.2024

RHYTHMOLOGIE – Update 2024

Lentos Kunstmuseum Linz, Doktor-Ernst-Koref-Promenade 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Information/Fachausstellung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

26.04.2024–27.04.2024

14. Kölner Heimdialysekongress des KfH

Heimdialyse-Expertise für die gesamte nephrologische Community

Köln Marriott Hotel, Johannisstraße 76-80, 50668 Köln, Deutschland
Kontakt: KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.
info@kfh-dialyse.de

27.04.2024

3. Oberösterreichischer Rheumatag

Schlossmuseum Linz, Schlossberg 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Frau Sonja Chmella, Frau Nicole Lehner
maw@media.co.at

27.04.2024–01.05.2024

Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin (Grundkurs) (40UE)

Anerkannte Weiterbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung. Das Kursprogramm des Basiskurses umfasst 40 UE und ist Voraussetzung für die Teilnahme an den Fallseminaren einschließlich Supervision.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße, 25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

27.04.2024–04.05.2024

Anästhesiologie Repetitorium (58 UE)

Das Repetitorium Anästhesiologie soll sowohl zur Vorbereitung auf die anästhesiologische Facharztprüfung als auch auf die Examina des European Diploma of Anaesthesiology der European Academy of Anaesthesiology dienen.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße, 25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

27.04.2024–01.05.2024

Palliativ Fallseminar – Modul 3 (40UE)

Die Fallseminare einschließlich Supervision dienen der Übung, Vertiefung und Ergänzung der in der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Es wird überwiegend problemorientiert und teilnehmerzentriert gearbeitet.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße, 25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

27.04.2024

19. Kardiovaskuläres Symposium «Praxisrelevanz aktueller kardiovaskulärer Studien»

Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien, Österreich
Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

02.05.2024–03.05.2024

SBK Kongress 2024

Der Schweizer Pflegekongress wird am 2. und 3. Mai erneut spannende Inhalte anbieten. Einen ersten Einblick finden Sie bereits jetzt.

Kursaal Bern, Kornhausstrasse 3, 3013 Bern, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

02.05.2024–03.05.2024

Ausbildung für Begutachtung – Modul 3

Die modular aufgebaute Gutachterausbildung, die mit einem Zertifikat abschliesst, gliedert sich in 5 Kurse zu je 2 Tagen. Das Modul 1 muss als Erstes und das Modul 5 als Letztes besucht werden. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website.

Hotel Arte, Olten, Riggenbachstrasse 10, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

02.05.2024–04.05.2024

31. ATHEROSKLEROSE Jahrestagung – AAS

Parkhotel Billroth – St. Gilgen, Billrothstraße 2, 5340 Sankt Gilgen, Österreich
Kontakt: Information/Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

03.05.2024–04.05.2024

CCS: Conference on Challenges in Sarcoma 2024

The conference will include clinical scenarios presented by international sarcoma experts on the multidisciplinary management of soft tissue sarcoma. An interactive format enables the invited panellists to vote on controversial topics.

Kongresszentrum Einstein, Berneggstrasse, 9000 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: PD Dr. med. C. Rothermundt, Dr.med Silvia Hofer
events.onkologie@kssg.ch

03.05.2024 | 09.00–17.30 Uhr

Psychotherapie bei Schlafstörungen

Schlafstörungen weisen hohe Prävalenzen von bis zu 30 % auf und treten komorbid mit einer Reihe von somatischen und psychiatrischen Gesundheitsstörungen

Seminarinsel, Konradstrasse 30, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

03.05.2024–04.05.2024

LEBEN UND TOD –**«Halt braucht Wurzeln!»**

Fortbildung – Netzwerk – Messe

«Halt braucht Wurzeln!» – die 15. LEBEN UND TOD in Bremen beschäftigt sich in diesem Jahr mit dem Thema Resilienz & Selbstsorge in der Sterbe- und Trauerbegleitung.

60 Vorträge & Workshops; 130 Info- und Verkaufsstände

Messe Bremen, Findorffstraße 101,
28215 Bremen, Deutschland
Kontakt: Messe Bremen
info@leben-und-tod.de

03.05.2024–04.05.2024

BdP Pneumologischer Praxis-kongress 2024

BdP 2.0. – Vernetzen Sie sich mit uns! Praxisnahe und interaktive Fortbildung für das gesamte Praxisteam, sowie eine Mischung aus Symposien, Seminaren, Workshops, Themeninseln, Industrie. Gemeinsame Konzepte in Kooperation zwischen BdP, BAPP und VPAD.

Seminaris Campushotel Berlin, Takustraße 39,
14195 Berlin, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
pneumopraxis@wikonect.de

04.05.2024–05.05.2024

26. Substitutions-Forum der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)

Schlosshotel Mondsee, Schloßhof 1A,
5310 Mondsee, Österreich
Kontakt: Information/Veranstaltungsleitung: MAW –
Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

04.05.2024–11.05.2024

32. St. Galler Anästhesie Repetitorium

Vorbereitung auf das Schweizerische Fachexamen in Anästhesiologie der SSAPM und das Europäische Diplom für Anästhesiologie der ESA. Repetition des Basiswissens für Fachärzte.

«Säntis – das Hotel!», Schwägälp,
9107 Hundwil, Schweiz
Kontakt: Regula Jans
an.kurse@kssg.ch

08.05.2024–11.05.2024

Diabetes Kongress 2024

Motto: Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln

City Cube Berlin, Messedamm 26,
14055 Berlin, Deutschland
Kontakt: m:con Mannheim
franziska.hess@mcon-mannheim.de

08.05.2024–11.05.2024

26. Arbeitstagung für Klinische Zytologie

Kongressregistratur:

cytokongress.ischl@cytology.at

Kongresshaus Bad Ischl, Kurhausstraße 8,
4820 Bad Ischl, Österreich
Kontakt: Information: MAW – Medizinische
Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

09.05.2024–11.05.2024

22. Internationales Frühjahrs-Seminar Meran

Kurhaus Meran, 39012, Italien
Kontakt: Frau ina Gstrein
lki.za.vtz-office@tirol-kliniken.at

13.05.2024–16.05.2024

38. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)

Congress Salzburg, Auerspergstraße 6,
5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Tagungsbüro: ÖGHMP Sekretariat:
Frau Lisa Jandrinitsch
oeghmp@media.co.at

13.05.2024–17.05.2024

Aufblühen im klinischen Alltag – Freude und Sinn wieder in den Mittelpunkt der klinischen Praxis stellen

In dem Seminar wird in einem unterstützenden Rahmen geübt und vertieft, wie man dem ständigen Druck im praktischen Alltag begegnen kann ohne dabei auszubrennen, indem man sich achtsam und mitfühlend um sich selbst (self care) und andere kümmert.

Kloster Fischingen, 8376 Fischingen, Schweiz
Kontakt: Urs Zimmermann
urs@mitfuehlendemedizin.ch

15.05.2024 | 18.30–20.30 Uhr

Update allergologie pour médecins généralistes 2024

Aujourd'hui, nous vous proposons de continuer la tradition de webinaires en ligne sur des thèmes d'allergologie pour le praticien.

Online, Sennweidstrasse 46,
6312 Steinhausen, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

16.05.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Helminthen

Einblick in die Biologie und Epidemiologie, in Nachweismethoden und klinische Aspekte von Helminthen.

Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
(Swiss TPH), Kreuzstrasse 2,
4123 Allschwil, Switzerland
Kontakt: Ursina Mory
courses@swisstph.ch

**Fehlt Ihre Veranstaltung?**

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.

events@emh.ch

FMH SERVICES

Insertionen aufzugeben auf www.fmhjob.ch oder gegen eine Erfassungspauschale bei: FMH Consulting Services, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Chiffre-Anfragen sind zu richten an E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

Les annonces sont à passer sur www.fmhjob.ch ou chez: FMH Consulting Services, tél. 021 922 44 35, e-mail: mail@fmhjob.ch.

Les réponses relatives à des annonces sous chiffre sont à adresser à e-mail: mail@fmhjob.ch.

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

BE – Nachfolger/in gesucht für gynäkologische Praxis in Bern – An bester Lage in Bern suchen wir für eine langjährig etablierte gynäkologische und senologische Praxis eine/n motivierte/n und versierte/n Nachfolger/in. Die vollelektronische Praxis befindet sich an zentraler Lage in modernen, hellen Räumlichkeiten. Sie profitieren neben der guten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten Praxisteam auch von der Möglichkeit der Belegarztstätigkeit an renommierten Kliniken. Falls Sie den Schritt in die selbstständige Praxistätigkeit wagen möchten und wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2855 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

BE – Praxisanteil einer modernen Doppelpraxis für Hausarztmedizin in einem beliebten Vorort von Bern zu übergeben – In eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin (132 m²) mit elektronischer Praxisadministration, gepflegter Praxiseinrichtung und einem angenehmen, jüngeren Praxispartner

ist per Ende 2024 ein Nachfolger (m/w) gesucht. Die Praxis zeichnet sich durch konstante Umsatzzahlen, günstige Kostenstruktur und einen verkehrstechnisch sehr gut erreichbaren Standort mit einem grosszügigen Parkplatzangebot aus. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5286: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BE – Stadt Bern Kinderarztpraxis abzugeben – Kinderarztpraxis in Ärzte-Zentrum im Westen von Bern altershalber abzugeben. Zentrale Lage mit Parkplätzen und guter Erreichbarkeit (Zug, Tram, Bus), grosszügige Praxisräume (98 m²), freundliche, wertschätzende Familien und Mitarbeiterinnen. Auskunft für interessierte/n Nachfolger/in: Dr. med. Matthias Winkler, Mühledorfstrasse 1, 3018 Bern, E-Mail: matthias_c_winkler@bluewin.ch, Tel. 079 754 99 47.

BE – Moderne Hausarztpraxis mit Selbstdispensation nordwestlich von Bern zu attraktiven Konditionen zu übergeben – In einer ländlichen Gemeinde mit wunderschöner Aussicht auf die Alpenkette und viel Sonnenschein, nur 15 Min. von Bern entfernt, ist per Anfang 2026 eine attraktive Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit vollelektronischer Praxisadministration und zahlreichen Patienten an einen oder zwei Nachfolger (m/w) zu günstigen Konditionen zu übergeben. Die grosse rollstuhlgängige Praxis (190 m²) befindet sich im Zentrum der Gemeinde mit gutem ÖV-Anschluss. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 2496: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Klein aber fein: vollelektronisch geführte Quartierpraxis für Allgemeine Innere Medizin im Süden der Stadt Basel – In eine etablierte, verkehrstechnisch optimal gelegene Hausarztpraxis (98 m²) mit Tradition suchen wir altershalber per Ende 2024 oder n. V. eine Nachfolge. Günstige Kostenstruktur, starke Nachfrage von Neupatienten, sehr gut geregelter und nicht belastender Notfalldienst, günstige Kostenstruktur und faire Übernahmekonditionen. Können Sie sich vorstellen in der beliebten Stadt Basel eine Praxis zu übernehmen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0704: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

LU – Attraktive Hausarztpraxis mit vollelektronischer Praxisadministration in der Agglomeration von Luzern – Im Zentrum einer beliebten Vorortsgemeinde von Luzern ist per Anfang 2025 oder nach Vereinbarung eine moderne, überdurchschnittlich grosse Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation und entsprechender Grundversorger-Infrastruktur (inkl. Ultraschall und digit. Röntgen) zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (200 m² Empfang, Wartezimmer, Labor, 4 Sprechzimmer, Röntgen, Multifunktionsraum für EKG, Ergometrie und Lungenfunktion, Stauraum, Aufenthaltsraum und 2 Toiletten) befindet sich in einem gepflegten Wohn- und Geschäftshaus mit Lift. Optimaler Standort, beste Erreichbarkeit mit dem ÖV (Bushaltestelle vor dem Haus) oder Auto, abwechslungsreiche hausärztliche Tätigkeit und sehr gut geregelter Notfalldienst runden das Angebot ab. Die Praxis ist auch für 2-3 Kolleginnen oder Kollegen geeignet. Möchten Sie Ihre Arbeitszeiten selbst bestimmen und die Wochenenden zusammen mit Ihrer Familie verbringen? Können Sie sich eine selbstständige Tätigkeit in einer unterversorgten Region in Spitalnähe vorstellen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5066: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

NE – Remise de cabinet de médecine générale à La Chaux-de-Fonds – Médecin généraliste cherche à remettre dès janvier 2026 son cabinet et sa nombreuse patientèle en raison de son départ à la retraite. Grand cabinet de 200 m² partagé avec un autre médecin généraliste depuis 1997, situé au centre-ville, aux normes pour handicapés avec accès direct en ascenseur. Gestion informatisée des dossiers. Idéal pour un médecin à 100% ou deux médecins à temps partiel. Contact: tél. 078 768 56 03 ou e-mail: drfwillemin@hin.ch.

SO – Zukunftsorientierte und moderne Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in – In der Nähe der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaftige Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Vom Vorgänger kann ein attraktives Patientengut übernommen werden. Die Praxisräumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digitalem Röntgen und Labor. Darüber hinaus ist die Praxis verkehrstechnisch

hervorragend gelegen mit einer Bushaltestelle in Gehdistanz und einem grossen eigenen Parkfeld mit mehreren Parkplätzen. Gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte stehen hinter Ihnen und freuen sich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2640 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärztetagen des attraktiv gelegenen TKB Gebäudes im Zentrum von Kreuzlingen sind ca 220 m² moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: reichel.martin@hin.ch.

TG – Neueröffnung einer Hausarztpraxis am Bodensee? – Wir suchen eine Nachfolge (w/m) für eine Spezialarztpraxis mit einem kleinen Anteil Allgemeinmedizin zwischen Rorschach und Kreuzlingen. Da in der Region ein Mangel an Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin vorhanden ist, würde sich die Praxis sehr gut auch für eine Praxiseröffnung mit vorhandener Infrastruktur eignen. Die Praxis (230 m²) präsentiert sich einladend und liegt verkehrstechnisch an guter Lage. Die grosszügige, ansprechende Raumeinteilung bietet Platz für eine funktionale, fachspezifische Infrastruktur und kann auch mit anderen Fachrichtungen kombiniert werden. Die Bodensee-Region gewährt überdurchschnittliche Wohn- und Lebensqualität. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0502_A: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

VS – Nachfolge in einer Praxis für Allgemeine Innere Medizin gesucht – Für meine Praxis in Naters suche ich eine Nachfolge (m/w) zur Weiterbetreuung meiner Patienten. Die Praxis befindet sich an verkehrsgünstiger Lage, Bahnhof in 2 Minuten erreichbar. Sie ist modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte und modernstem Labor. Sie verfügt über ein eingespieltes Praxisteam und einen grossen Patientenstamm. Die Übernahmekonditionen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen Sonnentagen und umfassendem Sportangebot. Sind sie auf der Suche nach einer spannenden und vielseitigen Herausforderung? Dann freue ich mich auf Ihre Kontaktaufnahme. E-Mail: monika.arnold@hin.ch, Tel. +41 79 370 44 84.

Zentralschweiz – Praxis für Neurologie zu übergeben – Für eine etablierte Einzelpraxis für Neurologie in der Region Zürich/Zentralschweiz suchen wir einen Nachfolger (m/w). Die Praxis liegt an ruhiger Lage im Ortskern einer bekannten Ortschaft, die regionaler Verkehrsknotenpunkt und entsprechend sehr gut erschlossen ist. Hohe und konstante Auslastung sowie bestehendes Zuweisernetz. Kanton mit Selbstdispensation. Möglichkeit, am nahegelegenen Spital als Konsiliararzt tätig zu sein. Praxiseinstieg im Angestelltenverhältnis möglich. Aktuell keine Höchstzahlen im entsprechenden Kanton für zugelassene Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Neurologie. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 1090: FMH Consulting Services AG, Herr Christoph Müller, E-Mail: christoph.mueller@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

ZG – Moderne Doppelpraxis für Allgemeine Innere Medizin mit Tradition im Kanton Zug zu übergeben – Hausarztpraxis mit einladender Atmosphäre in einer beliebten Wohngemeinde in der Region am Zugersee suchen wir per Ende 2024 zwei Nachfolger (m/w). Die rollstuhlgängige Praxis mit Selbstdispensation, elektronischer KG und halbdigit. Röntgenanlage ist 165 m² gross. Sie befindet sich mitten in einem Wohnquartier und doch zentrumsnah. Die Praxis zeichnet sich durch helle, frisch renovierte Räumlichkeiten mit Charme aus. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0714: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

ZH – Praxisraum Kreis 6 – Schöner Praxisraum zu vermieten auf Anfang Juli 2024 in zentraler Lage. Bei Interesse bitte Kontakt aufnehmen mit Frau Dr. phil. Zogg, Tel. 043 243 75 93.

ZH – Nachfolge Augenarztpraxis – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42582.

ZH – Voldigitalisierte Hausarztpraxis an zentraler Lage in einer Kleinstadt im Bezirk Horgen zu übergeben – In einer beliebten Wohngemeinde (15 Min. von Zürich entfernt) ist per Sommer 2024 eine gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin Praxis (176 m²) günstig zu übernehmen. Es erwarten Sie engagierte MPAs und abwechslungsreiche Tätigkeit mit wenigen Notfalldiensten (kein Nachtdienst). Hohe Lebensqualität der Gemeinde nicht zuletzt dank optimaler Verkehrserschliessung und attraktiver Lage im Grünen in Stadtnähe. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0783: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

ZH – Etablierte Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe – In einer grösseren Ortschaft in der Agglomeration von Zürich ist eine renommierte und erfolgreiche Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Die Praxis kann auch als Gruppenpraxis mit gut 200% im Parallelbetrieb geführt werden. Der Standort ist verkehrstechnisch optimal gelegen: Rund um das Praxisgebäude stehen Parkplätze zur Verfügung und die nächste Bushaltestelle befindet sich in knapp 100 m Entfernung. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 231 4013: FMH Consulting Services AG, Gregor Dietrich, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

Praxispartner Angebote
Offres de partenaires de cabinet
Offerte di partner di studio medico

VD – Cabinet Montreux – Cabinet à Montreux, flambant neuf, 180 m², à deux minutes de la gare, cherche collaborateurs, toute spécialité possible. E-mail: info@gynecologie-montreux.ch.

VD – Cabinet médical à céder – Médecin généraliste région Riviera-Chablais, avec une importante activité, pour 1 ou 2 médecins. Equipement moderne et complet, avec un laboratoire et une radiologie numérique. Situation très agréable. Contact: tél. 076 708 98 49.



«Ich bin selbständig in meiner eigenen Praxis tätig. Wie kann ich Geld sparen und den Einkauf optimieren?»

Melden Sie sich online für die Dienstleistung «Einkauf für Ärzte und Praxen» unter www.fmhservices.ch an. Sie profitieren von attraktiven Sonderkonditionen und verlängerten Zahlungsfristen.

«J'exerce en pratique privée. Comment puis-je économiser en optimisant mes achats?»

Inscrivez-vous en ligne sous www.fmhservices.ch et profitez de nos prix attractifs, conditions spéciales et délais de paiement prolongés.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
René Häller*

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Tél. 021 922 44 35

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

ZH – Hausarzt/-ärztin gesucht – 5 Min. Gehdistanz zum Bahnhof Stadelhofen – Wir suchen eine Hausärztin oder einen Hausarzt zur Ergänzung unseres Teams. Unsere neu renovierte, moderne Praxis mit grossem Patientenstamm wird von erfahrenen, langjährigen MPAs unterstützt. Es erwarten Sie familienfreundliche Arbeitszeiten/Ferien und niedrige Investitionskosten. Bei Interesse kontaktieren Sie bitte Angela Caddick unter Tel. 079 885 36 96 oder E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

AG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (50–100%) in Buchs AG – Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärztliche Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Leiter Dr. med. Dominik Weber (E-Mail: d.weber@hin.ch oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage www.aerztezentrum-buchs.ch.

AG – Hausarzt/-ärztin zur Verstärkung einer sehr attraktiven Hausarztpraxis gesucht – Wir suchen für eine gut laufende und topmoderne Hausarztpraxis in der Nähe der Stadt Aarau eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (60–100%) zur Ergänzung des Teams. Es werden Ihnen faire und kollegiale Anstellungsbedingungen mit guten Verdienstmöglichkeiten und flexiblen Arbeitszeiten auch mit Ausblick auf eine eventuelle zukünftige Partnerschaft geboten. Die Praxis ist vollumfänglich digitalisiert, sehr gut ausgelastet, gepflegt und befindet sich an einer bestens erreichbaren Lage. Wenn Sie über eine fundierte Ausbildung verfügen und gerne in einem motivierten, gut eingespielten und aufgestellten Team arbeiten, dann melden Sie sich bitte schriftlich. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 3015 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

BE – Hausärztin/Hausarzt gesucht in familiäre Gruppenpraxis in 3232 Ins (in Pendelnähe zu Bern) – Wir sind ein junges und motiviertes Team von 3 Ärztinnen im wunderschönen Berner Seeland und suchen zur Verstärkung in unsere Gruppenpraxis die Nadel im Heuhaufen, nämlich DICH: Fachärztin/-arzt für Allg. Innere Medizin mit Interesse und Flair für vielseitige Hausarztmedizin und Freude an der Mitarbeit in einem offenen und engagierten Team; Pensum nach Vereinbarung. Wir bieten abwechslungsreiche Hausarztmedizin inkl. Kleinchirurgie in einem familiären und gut eingespielten Team mit 3 Ärztinnen, moderne Praxisräume, elektronische KG, digitales Röntgen, modernes Labor, Sonographie, Selbstdispensation, kein finanzielles Risiko (Anstellung, spätere Teilhaberschaft möglich), flexible Arbeitszeiten und

Arbeitspensum, grosszügige Ferien- und Gehaltsregelung. Wir stehen für respektvolle und faire Medizin mit individuellem Umgang mit Patienten sowie auch untereinander im Team. Kontakt: Dres. med. Eva Bettler, Aline Häusermann, Marjolein Kramer, Rebstockweg 6, 3232 Ins; E-Mail: e.bettler@hin.ch, Tel. 032 313 19 39; www.hausarztpraxis-rebstock.ch.

BE – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Biel – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Biel nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Daniela Hera, Leitende Ärztin (Tel. +41 32 328 11 00, E-Mail: daniela.hera@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin 40–60% in Köniz – Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir eine/n motivierte/n Hausärztin/-arzt. Wir bieten geregelte Arbeitszeiten mit fairer Entlohnung, sowie Zukunftsperspektive. In unserer vollständig digitalisierten Praxis erwartet Sie ein vielfältiges medizinisches Spektrum in familiärem Arbeitsklima. Stellenantritt nach Vereinbarung. Auf ihre Bewerbung freuen wir uns per E-Mail: gabriel.suess@hin.ch, www.husaerzt.ch, Schwarzenburgstrasse 257, 3098 Köniz.

BE – Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 50–100% für Gruppenpraxis in Bern – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Bern nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Anita Stalder, Leitende Ärztin (Tel. +41 31 385 71 11, E-Mail: anita.stalder@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% – Wir sind eine moderne, innovative und gleichzeitig familiäre Hausarztpraxis in der schönen Gemeinde Worb. Worb ist optimal gelegen, nicht weit von der Stadt Bern entfernt, liegt das Dorf zudem am Rande des Emmentals. Als Praxis möchten wir gerne den entscheidenden Unterschied in der Region und auf der Welt machen. Der positive und unterstützende Umgang mit unseren Patienten/-innen und den Mitarbeitenden ist für uns zentral. Das vielseitige Angebot und eine anregende Arbeitsumgebung sind uns wichtig. Eine spannende und vielseitige Tätigkeit erwartet Sie. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Sie als motivierte Fachärztin/motivierten Facharzt Innere Medizin. Was Sie mitbringen: Freude am Umgang mit Patienten/-innen und der medizinischen Tätigkeit, Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin, evidenzbasierte Behandlung von Patienten/-innen, selbständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unter-

stützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Mural, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

FR – Recherche médecin Généraliste ou Praticien dans cabinet de groupe pour compléter notre équipe – Nous cherchons un médecin généraliste ou praticien pour rejoindre un cabinet de groupe avec 7 autres généralistes, 2 pédiatres et des paramédicaux à Bulle (FR), à un taux d'activité de 60–100%. L'équipe est jeune et dynamique, le cabinet quasiment neuf et très bien équipé. Merci de nous contacter par e-mail en cas d'intérêt: nt@cm-latour.ch.

Ganze Schweiz – Facharzt / Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Russischkenntnissen gesucht – Ab sofort oder nach Absprache suchen wir ärztliche Verstärkung für unser Ärztezentrum mit 2 Praxen in Winterthur. Die Praxen sind modern ausgerüstet. Wir sind als Weiterbildungsstätte für 1 Jahr Allgemeine Innere Medizin anerkannt und bieten unseren Patienten eine breite Versorgung in Notfallmedizin, Kardiologie, Psychosomatik und allgemeiner Hausarztmedizin. Wir betreuen 4000 ukrainische Flüchtlinge, daher sind Russischkenntnisse bei uns sehr wichtig. Unseren Mitarbeitern bieten wir 6 Wochen Urlaub, eine deutlich überdurchschnittliche Entlohnung und ein spannendes Aufgabenfeld. Wir freuen uns darauf, Sie in unserem freundlichen Team begrüssen zu dürfen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: Notfallklinik Dr. Eismann, Bankstrasse 20, 8400 Winterthur, E-Mail: info@notfallklinik-eismann.ch.

LU – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Wolhusen (von Luzern in 30 Minuten erreichbar) per sofort oder nach Vereinbarung eine/einen Fachärztin/Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten nebst einer neuen und topmodern eingerichteten Praxis (ROWA-Mediroboter, innovative cloud-basierte Software, digitales Röntgen, Ultraschall, Labor) auch attraktive Anstellungsbedingungen. Die Inhaber-geführte Hausarztpraxis punktet u.a. mit einem grossen Patientenstamm, einem topmotivierten/eingespielten Praxisteam und mit der unmittelbaren Nähe zu einer spezialärztlichen Praxis (Endokrinologie, Kardiologie) inklusive gemeinsame Benutzung der Aufenthaltsräume. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: info@hausarztpraxis-thalman.ch. Unter Tel. 078 793 49 88 beantworten wir gerne allfällige Fragen.

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Löwencentrum und Paulusplatz – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in Luzern Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

NW – Hausarzt/-ärztin gesucht! Top Stelle am See für FA für Allgemeine Innere Medizin oder Praktische/r Arzt/Ärztin – Für unser bestens laufen-

des Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuer-günstigen Hergiswil (Nidwalden) bei Luzern, suchen wir ein/e motivierte/n Hausärztin/Hausarzt mit oder ohne Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten beste Arbeits- und flexible Anstellungsbedingungen sowie eine gute Entlohnung. www.aerztezentrum.ch; E-Mail: marcelo.walker@hin.ch; Tel. 041 630 26 67.

SG – Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% – Wir suchen eine/n Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein starkes Team und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: stellensuche@arzthaus.ch.

SG – Narkosearzt/-ärztin 50–80% – Privatklinik in der Ostschweiz sucht Narkosearzt/-ärztin 50–80%. Kontakt unter Chiffre I-42594.

SG – Pioniergeist und Gestaltungsvermögen sind gefragt! - Facharzt/-ärztin AIM 50–100% gesucht! – 'xundart', das Ärzte-eigene Netzwerk in der Region Toggenburg - Wil - Uzwil - Flawil wird im Frühjahr 2024 im früheren Spital Wattwil eine Hausarzt-Gruppenpraxis eröffnen. Wir suchen Kolleginnen und Kollegen mit Pioniergeist und Gestaltungsvermögen. Schlägt Ihr Herz für eine vielfältige verantwortungsvolle Grundversorgung? Wir freuen uns auf Ihre Nachricht. Für Fragen und Bewerbungen E-Mail: info@xundart.ch.

SG – Fach- oder Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 50% für Gruppenpraxis in St. Gallen – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in St. Gallen nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt bzw. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Biefer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 224 08 00, E-Mail: christiane.biefer@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir suchen eine/n Psychiater/in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein hervorragendes Team, und würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen oder melden Sie sich unter Tel. 079 771 53 90.

SG – Neues Ärztezentrum in der Gemeinde Uzwil sucht Kollegin/Kollege zur Teamverstärkung – Sind Sie Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe? Oder sind Sie im Bereich Schmerztherapie tätig? Unser Mandant sucht motivierte Ärzte für den Ausbau der Gruppenpraxis. Tätigkeit in Anstellung oder Selbstständigkeit (Teilzeit oder Vollzeit). Unterstützung durch Zentrumsleitung, kein Risiko, gegenseitiger Austausch und Nutzung der Synergien. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktauf-

nahme unter Ref. 241 0520: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

SO – Innovatives kardiologisches Team sucht Verstärkung – Unsere kardiologische Gruppenpraxis ist gut etabliert, hat eine dynamische, junge Kultur und deckt alle nicht-invasiven kardiologischen Untersuchungen ab. Entsprechend suchen wir tatkräftige Verstärkung im Ärzteteam, wenn Ende 2024 unser Senior Kardiologe in den verdienten Ruhestand geht. Wenn Du Interesse hast zu mindestens 50% in unserer zentral gelegenen Praxis in einem sympathischen Team zu arbeiten, melde Dich per E-Mail (carola.ramazina@hin.ch) oder Telefon (062 297 00 33).

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben. Nun sucht unser motiviertes Team in Schwyz nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: chantal.tromp@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

TG – Fachärztin/Facharzt Gynäkologie – Wir wachsen weiter...und suchen für unsere moderne, erfolgreiche Praxis in Kreuzlingen eine motivierte Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, gerne mit operativer Befähigung, die unser kompetentes Team ergänzt. Selbständiges Arbeiten mit sehr guten, individuell abgestimmten Konditionen erwarten Sie bei uns. Bewerben Sie sich gern bei Dr. med. Heike Scholz, Praxis g(y)n+, Löwenstrasse 16, 8280 Kreuzlingen, E-Mail: heike.scholz@hin.ch.

TG – Hausarzt/internistischer Konsiliararzt, Facharzt (a) für Allgemeine Innere Medizin 60–100% – Infolge der Pensionierung des aktuellen Stelleninhabers suchen wir eine/n Nachfolger/Nachfolgerin für eine Hausarztpraxis, die der Neurorehabilitationsklinik Zihlschlacht angegliedert ist. Ihre Aufgaben sind das selbstständige Führen einer Hausarztpraxis, sowie der dazugehörigen Apotheke. Ausserdem sind sie aktives Mitglied im regionalen Ärztenetzwerk und übernehmen Konsiliararzt-dienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzttitel in der allgemeinen inneren Medizin gehört ein Fähigkeitsausweis für Abdomen-Sonographie, sowie gute Deutschkenntnisse zu Ihrem Profil. Ausserdem sind Sie ein Sachverständiger für den Strahlenschutz und haben bereits Erfahrungen in einer Kaderfunktion einer internistischen A- oder B-Klinik. Bei weiteren Fragen steht Ihnen Dr. med. D. Zutter, Ärztlicher Direktor, Tel. +41 71 424 30 02 gerne zur Verfügung.

ZG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin 80–100% – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein starkes Team und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: stellensuche@arzthaus.ch.

ZG – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 20–100% – Facharzt/-ärztin (oder in Facharzt Ausbildung) zur Mitarbeit in familiärem Team in moderner Praxis mit grosszügigen Räumlichkeiten auf der familienfreundlichen, begehrten Sonnenterrasse des Kantons Zug mit attraktiven Arbeitszeiten und guten Verdienstmöglichkeiten gesucht. SIWF-Lehrpraktiker zur Praxisweiterbildung für 1 Jahr und Supervisor für Sono-Weiterbildung vorhanden. www.medicusmehl.ch. Bewerbung an E-Mail: medicus.mehl@hin.ch.

ZH – FMH Rheumatologie - Praxisübergabe – Wir bieten die einzigartige Gelegenheit, an unserem erstklassigen Standort in Zürich als Rheumatologe tätig zu werden. Aufgrund der bevorstehenden Pensionierung unseres aktuellen Rheumatologen steht ein grosser Patientenstamm zur Übernahme bereit. Nutzen Sie die Chance, um sich in einer renommierten Praxis zu etablieren und hochqualifizierte Versorgung fortzusetzen. Wir freuen uns darauf, von Ihnen zu hören. Kontakt unter Chiffre I-42572.

ZH – FÄ Dermatologie beg. 1.7. oder n.V. – in Uster 70–100%, www.plazakliniken.ch, Erf. Las.+Ästh. v.V., E-Mail: t.plaza@plazakliniken.ch.

ZH – Phlebologe/-in/Angiologe/-in mit FA endoluminale Thermoablation – gesucht in grossem Derm. Ambul., zur Leitung Phlebologieabt. 40–50%, Start n. Vereinb. 15 Min. HB. Kontakt unter Chiffre I-42509.

ZH – Fachärztin/Facharzt Dermatologie – Wir suchen eine Kollegin / einen Kollegen für die angestellte oder selbstständige Mitarbeit in unserer erfolgreichen dermatologischen Praxis in Kloten. Wir sind sehr gut im lokalen medizinischen Netzwerk integriert und behandeln das ganze Spektrum der Dermatologie (inkl. Praxisop). Bei Interesse melden Sie sich bitte bei Dr. med. Michael Geiges (E-Mail: michael@geiges.ch, Tel. 078 661 00 44, www.dermakloten.ch).

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in der Stadt Zürich – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in der Stadt Zürich (Praxisstandorte Zürich-Wiedikon, Zürich-Oerlikon und Zürich-Affoltern) Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Allgemeinärzt/-ärztin 40–60% – Arztpraxis Kalkbreite, mitten in Zürich, ausgezeichnet angebunden an ÖV, sucht Haus- oder Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 40–60% nach Vereinbarung. Wir sind eine Gruppe von fünf Fachärzten/-innen und bieten eine breite Grundversorgung in gut ausgerüsteten modernen Praxisräumen in gut gelegenen Arbeitszeiten und in einem aufgestellten Team. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung an die Arztpraxis Kalkbreite (E-Mail: arztpraxiskalkbreite@hin.ch). Weitere Auskünfte erteilen gerne Dr. med. Susanne Nagel und Dr. med. Michael Burkhard, Tel. 044 350 39 39.

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

ZH – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin (40–80%) und Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (30–60%) – ab sofort oder nach Vereinbarung. Für unsere sehr gut laufende mediX Praxis in Dübendorf suchen wir eine/n weitere/n Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Gynäkologie. In unserer schönen und hellen Praxis im Zentrum von Dübendorf finden Sie ein motiviertes und sehr gut eingespieltes Team von 3 Ärzten und 4 MPAs sowie 2 Lernenden. Wir bieten ein modernes Arbeitsumfeld in einer kollegialen Atmosphäre, 40 Stunden Arbeitswoche, 5 Wochen Ferien, 1 Woche bezahlte Weiterbildung pro Jahr sowie wöchentliche QZ-Fortbildungen und eine überdurchschnittlich attraktive Vergütung sowie sehr gute Sozialleistungen. Wiedereinsteiger und Teilzeitarbeitende sind bei uns willkommen. Die Praxis gehört zum Ärztenetz mediX Zürich. Wir sind unabhängig von Krankenkassen und privaten Investoren oder Grossverteilern. Haben Sie Freude an patientenorientierter, evidenzbasierter Medizin und einem kollegialen Austausch? Schätzen Sie ein Arbeitsklima, welches durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung sowie Hilfsbereitschaft geprägt ist? Weitere Informationen finden Sie unter www.medix-praxis-duebendorf.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: margarete.schaublin@medix.ch.

ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt – Wir suchen für unsere lebhaftige Praxis vor den Toren Winterthurs eine engagierte ärztliche Unterstützung. Die Praxis ist mit der modernsten Infrastruktur ausgestattet und bietet somit die Möglichkeit einer optimierten Patientenbetreuung. Röntgen- und Sonographie-Zertifikat sind von Vorteil. Gynäkologie und Allgemeine Innere Medizin finden eine optimale Synthese unter einem Dach. Der kollegiale Austausch des gesamten Teams wird hier wieder gelebt. Flexible Arbeitszeiten, zeitgemässe Arbeits- und Vertragsmodelle sind uns ein Anliegen. Unser aufgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: praxis-wiesendangen@hinmail.ch, Tel. 052 338 23 23.

ZH – Fachärztin/-arzt Kinder- und Jugendmedizin (50–100%) – Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzttitel KJM. Praktische Berufserfahrung in der Schweiz von Vorteil. Wir bieten Teilzeit-Modelle, attraktive Anstellungsbedingungen, Unterstützung bei Weiterbildung, und minimale Administration durch zentralen Management-Support. Gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich. Bewerbungen an E-Mail: p.schneider@arztpraxis-beim-gemeindehaus.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Ophthalmologie (20–60%, konservativ) – Zur Verstärkung meiner modernen und grosszügigen Praxis im Zürcher Unterland suche ich per 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/einen Kollegen. Sie verfügen über einen Facharzttitel Ophthalmologie und legen grossen Wert auf menschliche und fachliche Kompetenz. Ihr Spektrum umfasst die ganzheitliche konservative Augenheilkunde. Auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: petra.luteijn@hin.ch freue ich mich.

ZH – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis am Löwenplatz in Zürich mit einem Psychiater (m/w) verstärken. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem

guten Team. Wir erwarten Kollegialität und Freude im Beruf und freuen uns auf Ihre Bewerbung an Dr. med. Isis Amitirigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Dermatologie – Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und eine vielseitige Infrastruktur. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: job@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90.

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie – Wir suchen eine Fachärztin für Gynäkologie für unsere erfolgreiche und zentral gelegene Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Augenarzt/Augenärztin – Wir suchen für die Mitarbeit in der Praxis einen/eine Augenarzt/Augenärztin 20–60%. Anfragen unter Tel. 076 416 65 75.

ZH – Kinderarzt/-ärztin 20–100% – Wir suchen nach einer engagierten Fachkraft, welche unsere jüngsten Patienten kompetent und liebevoll betreut. Die Praxis Ärzte am Graben, eine lebendige und familiäre Gemeinschaftspraxis in der Altstadt von Winterthur, bietet ein breites Spektrum an Fachgebieten, darunter Hausarztmedizin, Gynäkologie, Neurologie, Dermatologie, Urologie und Pädiatrie. Sie erwartet ein hochmotiviertes Team, sehr schöne Räumlichkeiten sowie äusserst attraktive Konditionen, die sich durch die Zusammenarbeit innerhalb unserer Praxis ergeben. Ihr Kontakt: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: e.scheitlin@arzt-winterthur.ch. Praxis Lindengut AG, Unterer Graben 29, 8400 Winterthur.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Hinwil per sofort oder nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH. Wir bieten eine moderne Infrastruktur (digitales Röntgen, Ultraschall, Labor), sehr attraktive Anstellungsbedingungen mit Umsatzbeteiligung, einen grossen Patientenstamm sowie ein top-motiviertes Praxisteam. Berufsanfänger/innen, Assistenzärzte/-innen kurz vor der Facharztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: aerzte.hinwil@hin.ch.

ZH – FMH für Allgemeine Innere Medizin / Praktischer Arzt/Praktische Ärztin – Wir sind eine neue Permanence (Walk-In) für Allgemeinmedizin und einem angehenden Orthopäden/Traumatologen.

Die Räumlichkeiten sind zentral gelegen und ein paar Gehminuten vom Zürcher Hauptbahnhof entfernt. Besonders attraktiv sind die flexiblen Arbeitszeiten. Urlaubszeit ist 5 Wochen bei einem 100% Arbeitspensum und kann selbstverständlich abgesprochen werden. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich einfach unverbindlich. Wir freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen mit Ihnen! Ihr Team des Permanence Medical Center Bewerbungen bitte an E-Mail: muxelbernhard@gmail.com.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte Institution für dringende Konsultationen mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an zentraler Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (40–100%). Unser Angebot: selbstständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

Stellengesuche Ärzte
Demandes d'emploi médecins
Ricerche di posti per medici

Suche Tätigkeit in der Orthopädie/Chirurgie/Traumatologie (100%) – FA Orthop.Chir./Trauma. (51, D), überwiegend konservativ tätig (Diagnostik, Infiltr. Gelenke, SWT etc.) sucht neue berufl. Herausforderung. Fähigkeitsausweis Sonographie Bew.apparat/Röntgen, SIM-Gutachter. BAB für Angestelltenverhältnis im Kt. ZH vorhanden. Zuschriften bitte an E-Mail: orthomail@gmx.ch.

Endokrinologie/Diabetologie – Facharzt/Fachärztin, erfahren, sucht Option zur Mitarbeit/Vertretung. Kontakt unter Chiffre G-3123.

www.fmhjob.ch

Juristische Beratung

| Einfach
rechtlich
abgeklärt

Rechts-
beratung
für die
Ärzteschaft

Rechtsauskunft mit Spezialisierung
Gesundheitswesen

**Klare Einschätzung der Sachlage sowie
einen entsprechenden Rat**

- Vertragsausarbeitung und -verhandlungen
- Beratung Rechtsform
- Arbeitsrecht und Bewilligungen

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1

6208 Oberkirch

Tel. 041 244 60 60

mail@fmhconsulting.ch

www.fmhconsulting.ch



Beim Hirnschlag zählt jede Minute

Schlaganfalltherapie Bei Hirnschlagpatientinnen und -patienten mit einem Verschluss eines grossen Hirngefässes ist die Kombination aus Thrombolyse und anschliessender Thrombektomie nur dann sinnvoll, wenn die Thrombolyse sehr früh nach Symptombeginn begonnen wird. Prof. Dr. med. Johannes Kaesmacher vom Stroke Research Center am Inselspital erläutert die Ergebnisse seiner Studie.

Interview: Leonie Dolder

Herr Kaesmacher, momentan besteht eine laufende Kontroverse unter Fachleuten zum Thema Schlaganfalltherapie. Können Sie diese kurz erläutern?

Die intravenöse Thrombolysetherapie war lange die einzig evidenzbasierte reperfundierende Therapie beim ischämischen Hirnschlag [1]. Leider war die alleinige Thrombolysetherapie insbesondere für grosse intrakranielle Thromben nicht sehr effektiv. Die Kombination von intravenöser Thrombolysetherapie mit zusätzlich endovaskulärer Extradaktion des Thrombus ist der alleinigen intravenösen Therapie überlegen – dies konnte seit 2015 in multiplen internationalen Studien mit einer extrem hohen Effektstärke nachgewiesen werden [2]. Da die Rekanalisationsrate durch die endovaskuläre Thrombusextradaktion sehr hoch ist, stellte sich allerdings auch früh nach Publikation dieser neueren Studienergebnisse die Frage, welchen Stellenwert die vorherige Gabe der intravenösen Lysetherapie noch hat, sofern die endovaskuläre Behandlung schnell erfolgen kann.

Zu welchen neuen Erkenntnissen kamen Sie in der internationalen Studie [3], die unter der Leitung des Inselspitals, Universitätsspital Bern, und der Universität Bern durchgeführt wurde?

Die Hypothese unserer Studie war, dass der Effekt der intravenösen Lysetherapie über die Zeit abnimmt. Dies ist bereits von Studien, die intravenöse Lysetherapie mit Placebotherapie verglichen haben, bekannt [1]. Während die Ergebnisse also nicht prinzipiell überraschend sind, bleibt noch offen, wodurch dieser Zeiteffekt bei Patientinnen und Patienten, die zusätzlich eine endovaskuläre Thrombusextradaktion erhalten, genau zustande kommt. In den älteren Studien spielte bezüglich der alleinigen intravenösen Lysetherapie eine Veränderung des Blutungsrisikos über die Zeit und Infarkt-wachstum eine wesentliche Rolle. Dies scheint bei Patientinnen und Patienten, die zusätzlich eine endovaskuläre

Thrombusextradaktion erhalten, weniger der Fall zu sein. Der genaue Mechanismus der Zeitabhängigkeit bedarf also weiterer Studien.

Was bringen die Ergebnisse Ihrer Studie nun für die ärztliche Praxis?

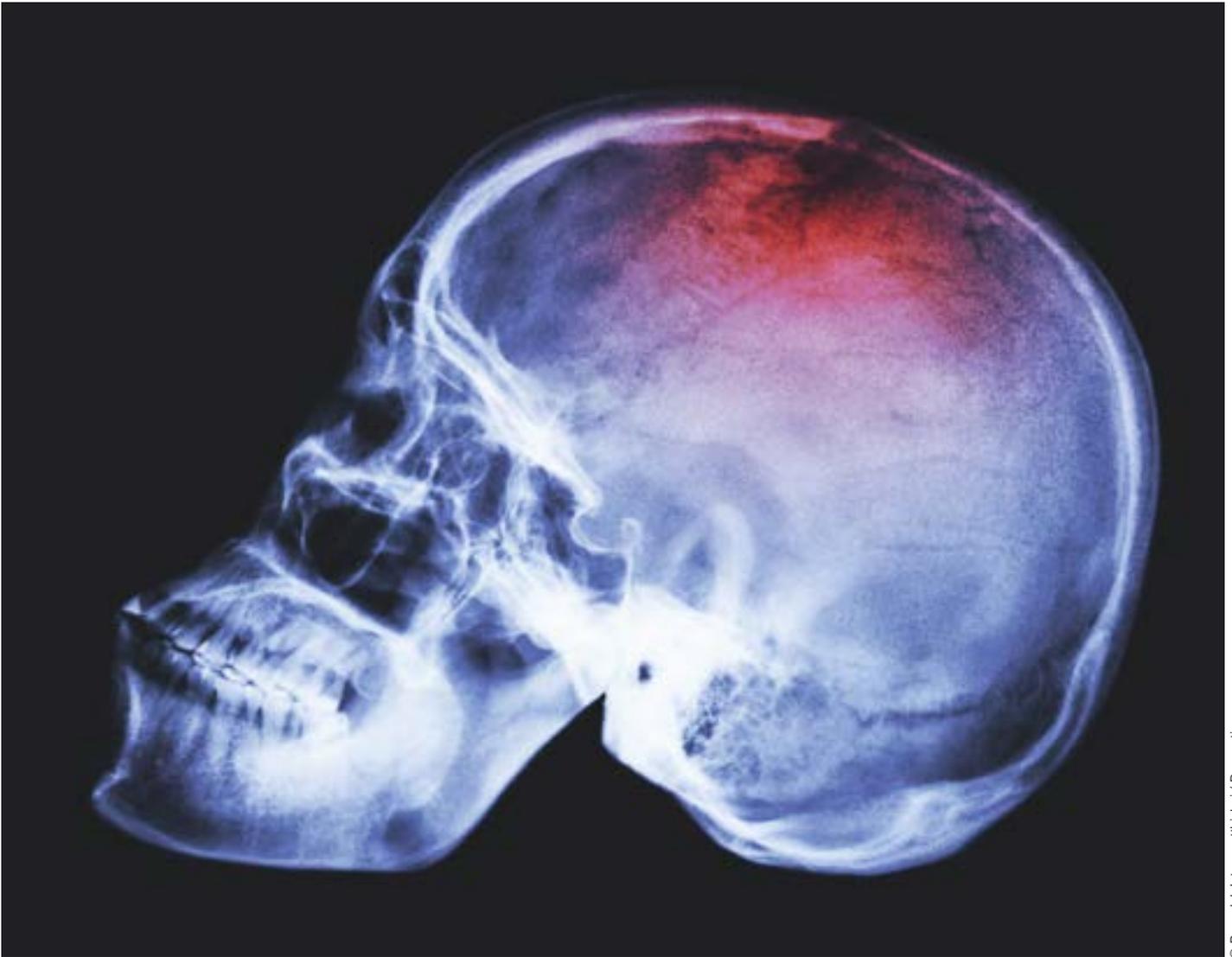
Die Ergebnisse der Studie können helfen, den individuellen Nutzen der zusätzlichen Lysetherapie vor der mechanischen Thrombusextradaktion für Patientinnen und Patienten abzuschätzen, welche in ein Zentrum gebracht werden, bei denen eine direkte endovaskuläre Thrombusextradaktion auch zeitnah erfolgen kann. Aufgrund der beobachteten Zeitinteraktion lässt sich vereinfacht sagen, dass Patientinnen und Patienten, die sehr früh nach Symptombeginn vorstellig werden, von der zusätzlichen Lysetherapie profitieren, während Patientinnen und Patienten, welche eher spät nach Symptombeginn behandelt werden, von der zusätzlichen Lysetherapie nicht profitieren und die Lysetherapie hier womöglich sogar schädlich sein könnte.

Wird sich die Praxis durch diese Ergebnisse verändern?

Ob sich die Praxis in grossen internationalen Zentren nun verändert, hängt massgeblich von der wahrgenommenen Reliabilität der genannten Ergebnisse ab. Diese leiten sich aus einer sogenannten Interaktions- oder Heterogenitätsanalyse ab, bei der in Subgruppen unterschiedliche Therapieeffekte untersucht werden. Viele solcher Analysen sind von falsch positiven Ergebnissen geprägt, daher ist generell Vorsicht in der Interpretation angebracht.

Was empfehlen Sie den behandelnden Spitälern?

Wir als Autorengruppe empfehlen, dass man die Ergebnisse mit in die therapeutische Entscheidungsfindung in der Akutsituation einbezieht. Das heisst zum einen, dass man vor zwei Stunden und 20 Minuten nach Symptombeginn die



© Puwadol Jaturawuthichai / Dreamstime

Der Zeitfaktor ist entscheidend bei der intravenösen Lysetherapie.

Lysetherapie trotz einer sofort beginnenden endovaskulären Thrombusextraktion verabreichen sollte. Zum anderen heisst dies, dass nur eine geringe Wahrscheinlichkeit eines negativen Effektes zu erwarten ist, wenn man auf die Lysetherapie nach 2 Stunden und 20 Minuten verzichtet. Die Ergebnisse gelten jedoch nur, sofern Patientinnen und Patienten direkt in ein Zentrum gebracht werden, bei dem eine endovaskuläre Thrombusextraktion auch sofort durchgeführt werden kann. Für sogenannte Transferpatientinnen und -patienten sollte die Lysetherapie immer gegeben werden, sofern keine Kontraindikationen bestehen.

In Europa waren Thrombolyse-Medikamente für den ischämischen Schlaganfall zuletzt schwer erhältlich. Sollten diese Medikamente nur noch denjenigen Hirn-schlagbetroffenen verabreicht werden, die nachweislich von dieser Therapie profitieren?

Die Situation bezüglich der Knappheit von Thrombolyse-Medikamenten hat sich mittlerweile wieder entspannt. Trotzdem hat sie an einem konkreten Beispiel gezeigt, wie wichtig es ist, aufgrund von randomisierten Daten in der Lage zu sein, die Effektstärke einer Therapie abzuschätzen. Wir können nun sagen, dass die Lysetherapie für Patientinnen

und Patienten, die früh behandelt werden, einen zusätzlichen Benefit bringt, dieser aber für später behandelte Patientinnen und Patienten sehr fraglich ist. In Zeiten der Medikamentenknappheit können diese Daten also klar helfen, das Medikament präferenziell den Patientinnen und Patienten zukommen zu lassen, für deren Gruppe ein guter Effekt mit solider Evidenz vorliegt.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Prof. Dr. Dr. med. Johannes Kaesmacher

Oberarzt Neuroradiologie, Assoziierter Professor an der Universität Bern. Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie, Stroke Research Center, Inselspital, Universitätsspital Bern.

Jenseits der Patientenversorgung

Karriere Viele jüngere Medizinerinnen und Mediziner hadern mit ihrem Beruf. Welche Möglichkeiten hätten sie, ihr berufsspezifisches Wissen und Können anzuwenden? Wohin geht die Reise, wenn sie das Kerngebiet der Medizin, die Patientenversorgung, verlassen wollen?

Jürg Unger

Die Umfragen des vsao und der FMH bei jungen Ärztinnen und Ärzten sind beunruhigend, denn viele denken darüber nach, der Medizin den Rücken zu kehren. Das ist grundsätzlich wenig überraschend, weil die steigende administrative Belastung der sinkenden Zeit für die Patientenbetreuung gegenübersteht. Höchste Priorität haben darum neue Ansätze, die den Aufwand für die Administration vermindern. Wäre eine für die ganze Schweiz einheitliche und einfache elektronische Patientenakte, deren Anwendung im Studium trainiert wird und die später überall im Spital und der Praxis zur Anwendung kommt ein Fortschritt in die richtige Richtung? Könnte mithilfe der künstlichen Intelligenz die Dokumentation vermehrt automatisiert werden? Aber auch bei der Wahl der Fachrichtung könnten die Betroffenen selbst vermehrt überlegen, ob ein bestimmtes Fach mehr oder weniger Administration bedeutet.

Medizinisches Wissen in anderen Berufen nutzen

Ein ganz anderer Grund zur Berufsaufgabe kann sein, dass jemand während der Praktika im Studium oder später bei der Berufsausübung feststellt, dass sie oder er sich mit intensiven Patientenkontakten wenig wohlfühlt. Dies kann Fantasien über eine radikale Neuausrichtung der beruflichen Tätigkeit hervorrufen. Vor dem Wechsel in ein Zweitstudium oder einen anderen Beruf, stellt sich jedoch die Frage, ob die riesige eigene Investition und jene der Gesellschaft ins Medizinstudium nicht auch in patientenfernen Aufgaben weiter genutzt werden könnte. Es gibt durchaus Tätigkeiten, bei denen das medizinische Wissen und das Training des ärztlichen Denkens eine zentrale Rolle spielen. Bei den Gesprächen von Coach my Career (www.vlss.ch) zeigt sich aber oft, wie wenig Ideen für solche alternative Berufswege bei der jungen Ärzteschaft bestehen. 2016 erschien ein vielversprechender Artikel in der Harvard Business Review [1], der zeigte, wie Medizinerinnen und Mediziner auch ausserhalb der Patientenbetreuung sehr erfolgreich sein können. Die Arbeit wies nach, dass Spitäler, die von Ärztinnen und Ärzten in der Rolle des obersten CEO geleitet werden, in vielfacher Hinsicht die besseren Spitäler sind, als jene, die von CEOs mit anderem beruflichem Hintergrund gesteuert werden. CEO eines Spitals als fernes Berufsziel ist eine Möglichkeit für eine berufliche Neuausrichtung. Auf dem Weg dorthin braucht es eine fundierte Managementausbildung und Erfahrungen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens wie zum Beispiel Krankenversicherungen, kantonalen

Gesundheitsämtern, BAG, pharmazeutischen Firmen oder Herstellern von medizinischer Software.

Neuorientierung bereits im Spital möglich

Ein vorsichtiger Beginn einer solchen Neuorientierung, weg von der Patientenarbeit, hin zu anderen Aufgaben, kann noch im Spital erfolgen. Im medizinischen Controlling oder in der Codierung sind Ärztinnen und Ärzte sehr gesucht (und entsprechend bezahlt). Weitere Ideen für mögliche Berufswege finden sich in den Lebensläufen der verschiedenen Medizinerinnen und Mediziner, die diesen Weg schon gegangen sind und heute Spitäler in der Schweiz leiten oder leiteten. Wer sich noch tiefer in die medizinferne Welt vorwagen will, hat auch bei internationalen Beratungsfirmen eine Chance, indem die medizinischen Denk- und Analysefähigkeiten bei McKinsey, Boston Consulting Group BCG und ähnlichen Firmen sehr gesucht sind.

Unsere medizinische Ausbildung qualifiziert uns zuallererst für die wertvolle Tätigkeit mit Patienten. Wem die Nähe zum Patienten irgendwann nicht mehr behagt, hat mit seiner medizinischen Ausbildung im beruflichen Rucksack noch viele andere Chancen, um sein Wissen und Können sinnvoll einzusetzen. Diese alternativen Wege werden im Studium kaum aufgezeigt, sondern müssen aktiv gesucht werden. Die Suche kann lohnenswerte Alternativen ergeben, um das medizinische Know-how auch fernab der Patientenarbeit anzuwenden.



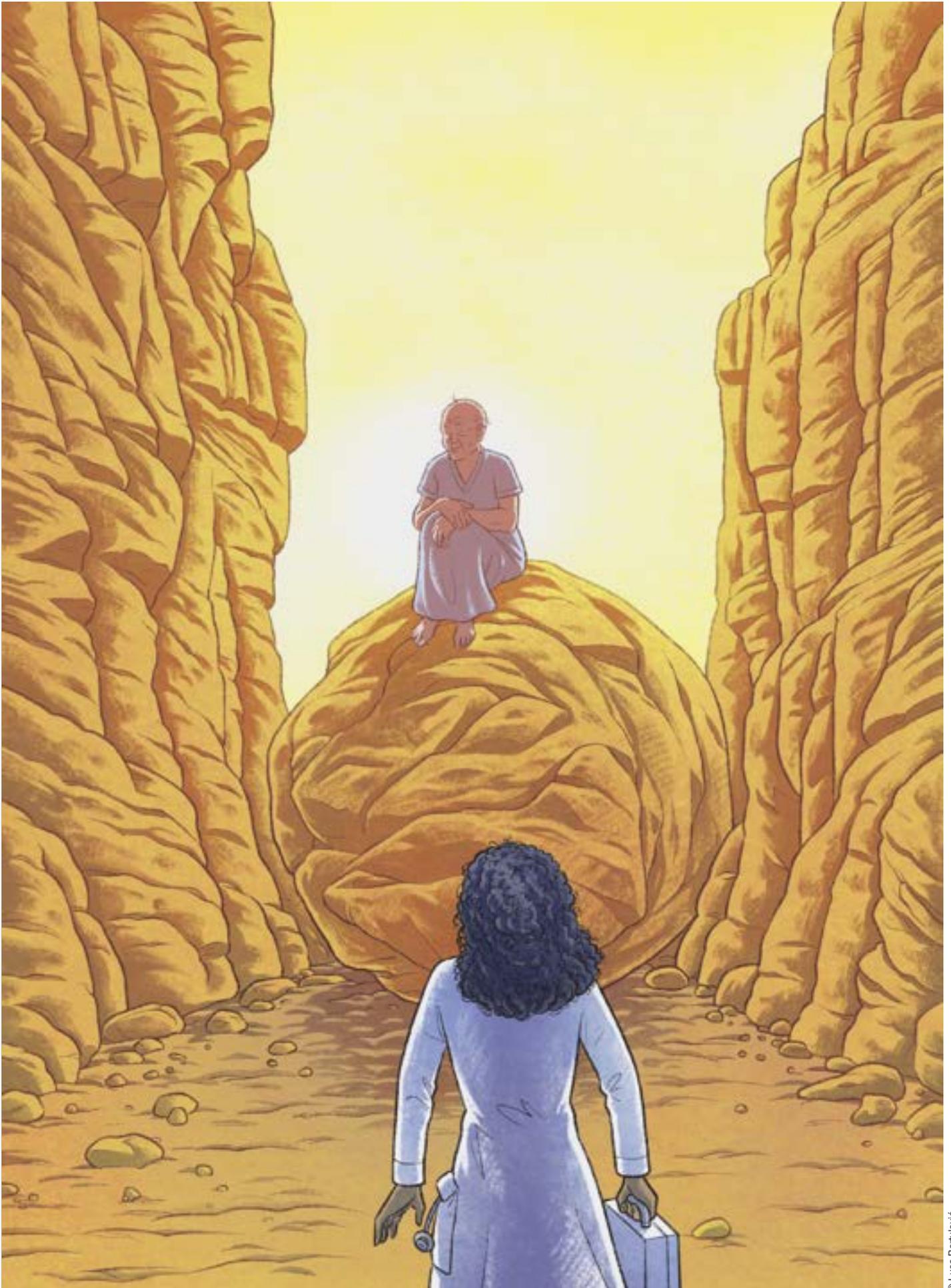
Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Dr. med. Jürg Unger

Der Initiator von «Coach my Career» wird oft auch als atypischer Kinderpsychiater bezeichnet. Sein Motto lautet: «Actions speak louder than words.» An dieser Stelle schreibt er regelmässig über Karrierefragen.



Ansichtssache



Sarah Bourdely
Junior-Redaktorin
Schweizerische Ärztezeitung

«Jetzt fixieren Sie mal einen Punkt an der Wand und denken an Urlaub», sagte die Ophthalmologin zu mir, bevor sie anfang, sich an meinem rechten Auge zu schaffen zu machen. Während ich versuchte, mich gedanklich auf eine Insel zu versetzen, sah ich, wie meine Welt sich buchstäblich um einige Zentimeter zur Seite bewegte. «Oh, der sitzt aber ganz schön fest», kommentierte sie ihren gescheiterten ersten Versuch, einen Fremdkörper aus meinem Auge zu entfernen. Zweiter Versuch. Wieder sah ich, wie der Druck auf meinen Augapfel mein Blickfeld verschob. «Da haben wir ihn», rief sie triumphierend und zeigte mir den Übeltäter: einen winzigen Krümel, der sich in meine Hornhaut gebohrt hatte.

Ich musste schon oft feststellen, dass Situationen in der Realität viel harmloser sind, als ich sie mir in meiner Fantasie ausgemalt hatte.

Die Erleichterung stand ihr und mir ins Gesicht geschrieben. Ihr, weil sie den kleinen Eingriff erfolgreich abgeschlossen hatte. Mir, weil ich die vergangenen Stunden damit verbracht hatte, das Internet nach Artikeln, Bildern und sogar Videos zum Thema «Fremdkörper im Auge» zu durchsuchen und dabei schier verrückt vor Angst geworden wäre. Nun, da der Eingriff überstanden war, musste ich fast über mich selbst lachen. Denn, so unangenehm die Vorstellung auch ist, sich mit einer Nadel ins Auge piksen zu lassen, so unspektakulär und vor allem schmerzlos ist diese Erfahrung. Einerseits mag das an den betäubenden Augentropfen sowie dem hellen Licht liegen, durch die ich die Nadel kaum auf mich zukommen sah und auch nichts davon spürte, wie sie auf meine Hornhaut traf. Andererseits musste ich schon oft feststellen, dass Situationen meist in der Realität viel harmloser sind, als ich sie mir in meiner Fantasie ausgemalt hatte.

Was entscheidend zu meiner positiven Erfahrung beigetragen hat, war auch die unaufgeregte Art

meiner Augenärztin. So hatte sie die Untersuchung mit einer kurzen Anamnese begonnen und einige Tests durchgeführt, um meine Sehschärfe und den Augeninnendruck zu messen und die Beweglichkeit meiner Augen zu prüfen. Diese Routineuntersuchungen waren mir als Brillenträgerin bereits bekannt und nahmen mir die erste Anspannung. Erst danach tropfte sie mir eine fluoreszierende Flüssigkeit ins Auge. Sie schaute sich das «Problemauge» unter dem Spaltlampenmikroskop an. Als sie den Fremdkörper erblickte, reagierte sie schnell und routiniert und kommentierte den Befund und das weitere Vorgehen lediglich mit den Worten: «Sie haben da effektiv was im Auge. Das entferne ich mal eben.» Obwohl sie damit meine schlimmste Befürchtung bestätigte, nahm sie der Situation somit auch jegliche Dramatik – und mir die Zeit, in Panik zu verfallen.

So unangenehm die Vorstellung auch ist, sich mit einer Nadel ins Auge piksen zu lassen, so unspektakulär ist diese Erfahrung.

Mittlerweile habe ich auch die Nachkontrolle hinter mich gebracht. Erfreulicherweise hat sich meine Hornhaut komplett regeneriert und mein kleiner «Unfall» keine bleibenden Schäden hinterlassen. Etwas hat diese Erfahrung dennoch in mir verändert. Denn, wenn ich ehrlich bin, habe ich meine Augen und deren gute Gesundheit bisher immer als eine Selbstverständlichkeit angesehen. Umso intensiver versuche ich nun, alle visuellen Freuden, die uns der Frühling gerade beschert, meiner Blicke zu würdigen. Dabei bin ich immer wieder erstaunt, wie viel Neues es zu entdecken gibt, selbst an Orten, von denen ich dachte, sie in- und auswendig zu kennen. Versuchen Sie es doch auch mal!



BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag



Wilhelm Felder, Kurt Schürmann

Supervision in der Psychotherapie mit Schwerpunkt systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dieses Buch ist als Folge der langjährigen Tätigkeit der beiden Autoren, die dem systemischen Denken sehr verbunden sind, entstanden. Auf der Basis einer jahrzehntelangen Erfahrung in der klinischen Supervision vermittelt es den Kolleginnen und Kollegen der nächsten Generation Anregungen, wie Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

sinnvoll und methodisch effizient eingesetzt werden kann. Supervision ist in den sogenannten «helfenden» Berufen für Fachleute in kinder- und -jugendpsychologischen und psychiatrischen Institutionen, Beratungsstellen und Praxen ein unerlässlicher Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung.



Dieses und weitere Bücher finden Sie hier:
shop.emh.ch/collections/all

Ohne komplizierte Rechnung?

Die Lösung: 1 x täglich, 12 mmol*, 100% Citrat^{1,2,3}

MAGNESIUM

Diasporal®

12 mmol*

Mg

Magnesium
nur 1x Einnahme
pro 24 Stunden



Leistung,
die ankommt.

- 1 x tägliche Einnahme^{1,2,3}
- 12 mmol^{1*}
- kassenzulässig⁴

3 Li Lithium 6.94	4 Be Beryllium 9.0122	
11 Na Natrium 22.990	12 Mg Magnesium 24.305	
19 K Kalium 39.098	20 Ca Calcium 40.078	21 Sc Scandium 44.956



kassenzulässig⁴

* entsprechend der zugelassenen Dosierung

Referenzen

1) Fachinformation Magnesium-Diasporal® 300 unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 2) Magnesium-Diasporal® 100 CitraCaps unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 3) Fachinformation Magnesium-Diasporal® 300 zuckerfrei unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 4) Spezialitätenliste des Bundesamt für Gesundheit unter www.spezialitaetenliste.ch, Stand September 2023. Alle Referenzen werden auf Anfrage abgegeben.

Gekürzte Fachinformation: Magnesium-Diasporal® 100 CitraCaps, Kapseln / Magnesium-Diasporal® 300, Granulat / Magnesium-Diasporal® 300 zuckerfrei, Granulat. **Wirkstoff:** Magnesium ut Magnesii citras; 100 mg Magnesium (= 4.0 mmol) pro Kapsel bzw. 301 mg Magnesium (= 12.4 mmol) pro Säckel. **Indikation:** Prophylaxe und Therapie tachykarder Herzrhythmusstörungen, bei koronarer Herzkrankheit, bei neuro-muskulärer Übererregbarkeit, tetanisches Syndrom, muskuläre Krampfstörungen, Myositis ossificans, Rezidivprophylaxe der Calcium-Oxalat-Urolithiasis, Präeklampsie, Eklampsie, Magnesium-mangelzustände, bei erhöhtem Magnesiumbedarf. **Dosierung:** Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren 1 x 3 Kapseln bzw. 1 Säckel pro Tag. Anwendungsdauer: mind. 6 Wochen. **Kontraindikationen:** Akute oder chronische Niereninsuffizienz, Magnesium-Ammoniumphosphat-Steindrüse, Exsikkose. **Vorsichtsmassnahmen:** bei bradykarden Störungen der Erregungsleitung im Herzen, bei eingeschränkter Nierenfunktion. **Interaktionen:** Tetracycline, Fluoride, Cholecalciferol. **Schwangerschaft/Stillzeit:** kann eingenommen werden. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich: weicher Stuhl. **Packungen:** Packung zu 120 Kapseln bzw. 20 und 50 Säckels; Abgabekategorie: B; kassenzulässig; Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Stand der Informationen: August 2017. Ausführliche Information siehe www.swissmedicinfo.ch.